الكتاب الطبي الجامعي

المرشد في الطب النفسي

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

أكاديميا

المرشد في

الطب النفسي

الكتاب الطبي الجامعي

المرشد في الطب النفسي

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي





بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية ـ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

المرشد في الطب النفسي / منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ص. 250

1 . الطب النفسي ـ كتاب طبي جامعي 2 . الأمراض النفسية ـ تصنيف

3 . الأمراض النفسية ـ تشخيص أ . منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية WM 15) ISBN 92-9021-260-9

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً . وتوجَّه الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد إلى السيد مدير الإعلام الصحي والطبي ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ، ص. ب. 1517، الإسكندرية ، جمهورية مصر العربية ، الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغييرات تطرأ على النصوص ، وعن الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة ، وعن الترجمات والطبعات المكررة المتوافرة .

وإن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة ، وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية ، بشأن الوضع القانوني لأي قطر ، أو مقاطعة ، أو مدينة ، أو منطقة ، أو لسلطات أيٍّ منها ، أو بشأن تعيين حدود أيٍّ منها أو تخومها .

ثم إن ذكر شركات بعينها ، أو منتوجات جهة صانعة معيَّنة ، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصُّها بالتزكية أو التوصية ، تفضيلاً لها على ما لم يَرِدْ ذكْرُه من الشركات أو المنتوجات ذات الطبيعة المماثلة . وفي ماعدا الخطأ والسهو . تم تمييز أسماء الملكية المسجلة للمنتجات بحرف كبير في بداية الكلمة الإنكليزية .

المُحتوى

تقديم 1
تمهيد حول أهداف الكتاب 3
تاريخ الطب النفسي 5
تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي 9
أخلاقيات المهنة 12
الوبائيات والسببيَّات 16
الوقاية 23
أعراض وعلامات الاضطرابات النفسية 27
فن المقابلة (الزيارة الطبية) 43
التدرج في التشخيص التفريقي 49
مقدمة عن التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية 55
الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة 58
الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمسكرات 86
الاضطرابات النفسية العضوية 96
الاضطرابات الدهانية 112
الفُصَام 112
متلازمات ذهانية أخرى 133
الاضطراب الوُهَامي (الضلالي) المشترك 136
اضطرابات الوُهَام (الضلال) 137
اضطرابات ذُهَانية عابرة 143
اضطراب فُصَامي الطابع 143
اضطرابات المزاج والعاطفة 145
اضطرابات المزاج الكبرى 151
الاضطرابات العصَابية 162
اضطرابات الشخصية 188
اضطرابات النوم 196
الاضطرابات الجنسية 200
اضطراب الأكل 204
المعالجة النفسية 208
الأدوية النفسانية التأثير 219
التأهيل النفسي 231
الطوارىء في الطب النفسي 235
الفهرس

الأساتذة المساهمون في تأليف ومراجعة فصول الكتاب

الأستاذ الدكتور أحمد شوقي العقباوي	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهوريه مصر العربية
الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة	أستاذ ورئيس قسم الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين	أستاذة الصحة النفسية ـ كلية الطب ـ الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ إدريس الموسوي	أستاذ الطب النفسي ـ الجامع ـ الدار البيضاء ـ المغرب
الأستاذ الدكتور سالم نجم	أستاذ بكلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم	أستاذ الطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذة الدكتورة سهام راشد	رئيسة قسم الصحة النفسية ـ جامعة الإسكندرية ـ الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي	أستاذ الطب النفسي ـ قرطاج ـ الجمهورية التونسية
الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي ـ كلية للطب ـ جامعة الملك فيصل ـ الخبر ـ المملكة العربية السعودية
الأستاذ الدكتور طه بعشر	أستاذ الامراض النفسيه ـ رئيس جامعة الشرق الخرطوم ـ السودان
الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور عبد المجيد سعيد الخليدي	استشاري الأمراض النفسية ـ صنعاء ـ اليمن

الأستاذ الدكتور عبد المناف الجادري	أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية ـ كلية الطب ـ جامعة بغداد ـ الجمهورية العراقية
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني	أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية ـ جامعة العلوم والتكنولوجيا ـ إربد ـ المملكة الأردنية الهاشمية
الأستاذ الدكتور فاروق طلعت	أستاذ أمراض المخ والأعصاب والطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد شعلان	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد عماد الفضلي	أستاذ الأمراض النفسية والعصبية ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد	استشاري ورئيس مستشفى الطب النفسي ـ المنامة ـ البحرين
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام	رئيس قسم الطب النفسي ـ مؤسسة حمد الطبية ـ الدوحة ـ قطر
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة القاهرة ـ جمهورية مصر العربية

تقديـــــم

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
المدير الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

لئن كان تعليم العلوم الطبيـة باللغات الوطنية من الضرورات الحتمـية التي يؤمن المكتب الإقليمي لمنظمة الصـحة العالمية بواجب دعـمها وتعزيزها ، تـيسيراً لاسـتيعاب المتلقي، وتوفـيراً لوقت المعلم والمتـعلم ، فإن إصـدار كتاب « المـرشد في الطب النفـسي » باللغة العـربية يجيء فـي مقدمـة هذه الضرورات . فـالطب النفسي يمثل الأسـاس العلمي الذي يقوم علـيه تماسك المجتـمع وسلامـته من الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية .

والطب النفسي هو أحد العلوم الصـحية الأساسية التي تعـتمدها منظمة الصحة العـالمية في تحقيق هدفها المتمثل في توفير الصـحة للجميـع . ولا يمكن تجاهل دوره في بناء وتعـزيز الوضع الصحي للأفراد وللمجتمعات على حد سواء . وموضـوعاته تهم المجتمع بأسره بقدر ما تخص كل فرد فيه ، وأهمية هذه الموضوعات لا تقتصر على الأطباء أو على العاملين الصحيين بل تتعداهم لتشمل كل فرد من أفراد المجتمع في جميع مراحل حياته ، منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته . وهي تتسم بالشمولية التي تربط بين الصـحة وبين الجوانب السلوكية والاجتمـاعية والاقتصادية والبيئـية ، وتيسر للمرء أن يتكيف مع ظروف الحياة في ساعات الشدة والكرب .

ويأتي هذا الكتاب في عـداد سلسلة « الكتاب الطبي الجامعي » التي يعـمل المكتب الإقليمي على إصدارها تباعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامـعية ، في مبادرة منه لدعم استعمال اللغة العربية في التعليم الطبي الجامعي ، تمشياً مع التوصيات التي أقرها اتحاد الأطباء العرب وعمداء كليات الطب في الجامعـات العربية . ولقد آلى المكتب الإقليمي على نفـسه أن ينجز مهمتـه في هذا السبيل على مسارين متوازيـين ، يتمثل أحدهما برعاية تأليف سلسلة كاملة من المكتب الجـامعية التي يشارك في تصنيف كل منها نخبة من الأساتذة المتخصصين الذين ينتمون إلى أكبر عدد ممكن من كليات الطب العربية ؛ ويتمثل المسار الآخر بترجمة سلسلة من المراجع المتفق عليها عالمياً . وعلى طريق تحقيق هذه المهمـة النبيلة أصـدر المكتـب الإقليمي كتـاب « الطب الشرعي والسـموميـات » ، وكتـاب « الغذاء والتغذية » وكتاب « أساسيات علم الوبائيات » ، وكتاب « المرجع في الفيزيولوجيا الطبية » ، وكتاب « طب المجتمع » وها هو اليوم يضيف إليها كتاب « المرشد في الطب النفسي » .

ولقد ساهم في إعداد هذا الكتاب نخبة كريمة من المتخصصين في الطب النفسي الذين سعوا جهدهم من خلال التأليف والمراجعة ، إلى إظهار ما تتسم به المنطقة العربية من خصوصيات ، فلم يقتصروا على الترجمة من المراجع الأجنبية المعتمدة عالمياً ، بل اعتمدوا في المقام الأول على معلومات مستقاة من خبرة ومراجع ودراسات محلية وإقليمية مستلهمين ما ينفرد به المجتمع العربي من تراث خالد ، وآخذين في الحسبان تأثيرت لبيئة والعادات والتقاليد السائدة في المنطقة .

والمكتب الإقليمي إذ يسعده أن يتقدم بهذ الكتاب إلى الناطقين بلعربية من العاملين في حقول العلوم الطبية والصحية يعرب عن صادق الأمل آن يجدوا فيه عوناً لهم على قيامهم بواجباتهم في خدمة المجتمع وتوصيل الرسالة لصحية إلى الذين تمس حاجتهم إليها من طلاب كليات الطب والعلوم الصحية والتنموية .

« ولكل درجات مما عملوا وليوفيهم أعمالهم وهم لا يظلمون » .

والله من وراء القصد .

تمهـــيد

الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

منذ أواخر الستينات وأوائل السبعينات خط اتحاد الأطباء العرب خطوات موفقة في سبيل توحيد المصطلح الطبي العربي ، فأصدر الطبعة الأولى للمعجم الطبي الموحد . ولأهمية هذا العمل وتطويره ساند مجلس وزراء الصحة العرب مشكوراً جهد اتحاد الأطباء العرب ، ثم عُهِد إلى المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بأن يتولى هذه المهمة ومن ثم أنشئت لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية والتي عملت جاهدة على توحيد المصطلحات الطبية .

وكان من ثمرة هذا العمل المتواصل صدور الطبعة الثالثة للمعجم الطبي الموحد عام 1983 بالتعاون مع مجلس وزراء الصحة العرب واتحاد الأطباء العرب والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ثم بذلت جهوداً متواصلة للعمل على إصدار الطبعة الرابعة الموسّعة والمحوسبة من هذا المعجم وتوزيعها على أقراص مكتنزة (CD-ROM) على المهتمين بالتعليم الطبي في البلدان العربية للاستفادة من آرائهم في المصطلحات ومدى تقبُّلها ، وفي البرنامج ومدى ملاءمته للمعجم الطبي الموحدّ الذي يستخدم الآن مرجعاً أساسياً لكل من يعمل في التعليم الطبي والتثقيف الصحي . وفي الوقت نفسه لم يأل المكتب جهداً في إصدار عدد من المعجمات المتخصصة التي تشتمل على شرحٍ وافٍ ومختصر لكل مصطلح مع الأشكال والصورّ التوضيحية المناسبة ، فأصدر معجم العين وأمراضها ومعجم الوراثيات ومعجم الأعصاب ، وما معجم الوبائيات عن الصدور ببعيد .

كما سعت منظمة الصحة العالمية من أجل تأليف الكتب الدراسية لكليات الطب والعلوم الصحية باللغة العربية ، وبذلك تتحقق خطوة هامة ، وينتقل الأمر من مرحلة النقل من مصطلحات أجنبية إلى مرحلة التأصيل والتطوير والإبداع .

وبناء على ما تقدم وبعد الاجتماع مع عدد كبير من عمداء كليات الطب ، فقد رؤي أنه من المناسب أن تبدأ مرحلة تأليف الكتب الجامعية في بعض العلوم الطبية ، ووقع الاختيار في هذه المرحلة الأولية على الطب الشرعي وطب المجتمع والطب النفسي وبعد صدور كل من « الطب الشرعي » و« طب المجتمع » فإننا اليوم بصدد إصدار « الطب النفسي » .

وضماناً لحسن إعداد الكتاب وتقبُّله على نطاق واسع دعا الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري ، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ، إلى عقد اجتماع تحضيري لتأليف كتاب جامعي في الطب النفسي وبمشاركة عدد من الجامعات العربية .

وقد تم في هذ الاجـتماع مناقشـة الكثير من المواضيـع الهامة بما في ذلك دور اللغة في النهـضة العلميـة وفي تثبيت الهـوية والاستفـادة من التراث وتأصيل المعـرفة ومراجعـة المصطلحات واختـيار التصنيفات المناسبة .

وفي ضـوء المناقشـات التي تمت والآراء التي طرحت تم الإجمـاع على الأهداف من تأليف هذا الكتب والتي يمكن تلخيصها بما يلي :

1 ـ مساعدة الطالب على أن يدرس الطب النفسي على النحو الأمثل
2 ـ تسهيل استيعاب الطب النفسي لطلب الطب العربي .
3 ـ تحديث الموضوعات العلمية في الطب النفسي .
4 ـ تأكيد أهمية تفاعل العناصر البيولوجية والاجتماعية والنفسية والروحية في الصحة والمرض .
5 ـ إثراء المكتبة العربية بالمؤلفات الطبية النفسية .

وقد سمي الكتـاب « المرشد في الطب النفسي » وهو موجّه إلى طلبـة الطب حتى يكون الممارس العام مـزوداً بالمعرفـة المطلوبة وبالمهارات الضروريـة التي تمكنه من أداء دوره العملي في مـجال الطب النفسي وفي المساهمـة العملية على مستوى الرعاية الصـحية الأولية ، وفي توفير الصـحة للجميع . ولقد قام بتأليف هذا المرشـد عدد من الأساتذة والاختصاصيين في الطـب النفسي والعصبي ، وذلك تأكيداً لروح المشاركة والاستفادة من خبراتهم الثريّة .

وقد اشـتمل الكتاب على النواحي النظرية والتطـبيقيـة في علوم الطب النفسي ، كمـا تضمن في بعض فصوله وصفاً موجزاً وأسلوباً يستحث التفـاعل والتحاور بهدف تعويد الطالب على معرفة وفهم طبيعة المرض النفسي والوصول إلى التشخيص الصحيح وتقديم العلاج الضروري .

وشملت فصوله المواضـيع الأساسية وذات السمة الضرورية والعملية . وممـا يجدر ذكره تخصيص جزء لأهمية النواحي الروحية والإيمانية ، وإفـراد فصـول خاصـة بزيارة الطبـيب وآداب المهنة وعلاقة الطبيب بالمريض وتاريخ الطب النفسي ، وهذا مما سوف يساعد على التـأصيل والتمسك بالقيم الدينية والخلقية السوية والعلاقات الإنسانية الفاضلة . إلى جانب موضوع التصنيف الدولي الحديث للأمراض النفسية والذي سوف يسـاعد على تحديد نوعية هذه الامراض وتسجيلها ومتابعة واتخاذ الإجراءات العملية المناسبة ، عـلاجاً وتأهيلاً ، وفي رسم السياسية الصحية والنفـسية المناسبة . واشتمل الكتاب أيضاً على أنواع العلاج المطلوب ، وقائياً ونفسياً واجتماعياً وعضوياً وتأهيلياً . واختتم الكتاب بفصل خاص بالطوارىء (الحـالات الإسعافية والمسـتعجلة) النفسـية وعلاجها . وكل مـا نرجوه أن ينجح الكتاب في إرشاد طالب الطب العربي إلى فهم الطب النفسي بسهولة ويسر ويحقق الأهداف التي من أجلها تم تأليفه .

وبالله التوفيق

تاريخ الطب النفسي

الأستاذ الدكتور طه بعشر

الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

إن المرض النفسي قديم قدم الإنسان ، وعليه فإن الإنسان منذ فجر التاريخ بذل محاولات عديدة للعلاج مما يصيبه نفسياً وذلك وفقاً للمعالجات البدائية .

ومما يجدر ذكره أن المصريين والبابليين والأشوريين في حضاراتهم التاريخية القديمة قد تمكنوا من تسجيل بعض ملاحظاتهم الطبية وممارساتهم العلاجية في أوراق البردي والفخار والحجارة . وقد حتوت بردية كاهن - مثلاً - على ثلاثين وصفة لأمراض مختلفة مرتبطة بتغيرات في الرحم. ومن هنا يرى البعض أن قدماء المصريين قد سبقوا بنحو عشرة قرون تعاليم بقراط عن مرض الهستيريا . علماً بأن بقراط قد زار مصر في القرن الخامس قبل الميلاد عندما كانت الإسكندرية مركزاً هاماً للعلوم والمعرفة ، وليس من السهل معرفة إلى أي مدى تأثر بقراط بالفكر المصري القديم في تكوينه النظري عن مفهوم الهستيريا ، وقد ظل هذا المصطلح مستعملاً في الكتب الطبية حتى الآن ، ولم يغير إلا مؤخراً في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية 1992) حيث حل مكانه مصطلحات أخرى .

ومن الطرق العلاجية النفسية الجديرة بالذكر هنا هي العلاج والنوم في المعبد . وهذه الطريقة قد ارتبطت باسم امحوتب ، الطبيب الوزير للفرعون زوسر (2980 ـ 2900 ق.م) والذي بني له معبد في جزيرة فيلة . والمعالجات النفسية التي كانت تقدم مثلاً التعاويذ والموسيقى والأعشاب تعكس الارتباط في ذلك الزمن بين الطب الكهنوتي priesthood medicine والطب التجريبي experimental medicine .

كما أن البابليين والآشوريين استعملوا بعض الأرقام المبنية على مفهوم القوى الخفية في المعالجات والتي مازالت مستعملة في الطب الشعبي التقليدي .

وقد ظلت أوربا في ظلام الجهل ونسبت أسباب الاضطرابات النفسية إلى الأرواح الشريرة وإلى الآثار الشيطانية حتى جاء عصر بقراط (460 ـ 380 ق.م) والذي نادى بالبعد عن هذه الآراء ، وعامل الاضطرابات النفسية بنفس أسلوب معاملة الأمراض الجسمانية ، وأدخل نظرية الأخلاط humours التي تركز على أن أسباب الأمراض تعود إلى اضطراب في أخلاط الجسم الأربعة وهي

الدم blood ، والبلغم phlegm ، والصـفراء yellow bile ، والسوداء black bile . ولازالت آثار مثل هذه المصطلحات مستعملة حتى اليوم ، فنجد استعمال كلمة المرض السوداوي -melancho lia لحالات الاكتئاب النفسي .

وبالرغم من أفكار بقراط وآثارها البعيدة في المفاهيم الطبيـة ، فقد استمرت المفاهيم القديمة خلال العصور الوسطى في أوربا ، ولم تتغير أسـاليب العلاج المختلفة في طرد الأرواح الشريرة والتي عانى منه كثيراً مرضى الاضطرابات النفسية .

وقبل أربعة عشـر قرناً بزغ فجر الإسلام في الجزيرة العـربية ، وأنزل الله القرآن الكريم على النبي صلوات الله عليه وسلامه ، وبالرغم من أن القرآن الكريم ليس بكـتـاب في الطب إلا أنه جاء معجزة خالدة لأنه يخاطب عـقل الإنسان ووجدانه ، ومنه يتعلم المسلم عـقيده التوحيد ، وبه يسـترشد إلى الطريق الأمثل في حياته ، وفي معاملاته، ووجد المسلمون في القرآن كل الأسس الهادية والمرشدة في نمو الإنسان ، وفي تحقيق المثل العليا في حياته الفردية والاجتـماعية . وقد جاءت الآيات القرآنية غنية بالعظات وداعـية للشـفاء النفـسي ﴿ ونزلنا عليك الكتاب تبـياناً لكـل شيء وهدى ورحمـة وبشرى للمسلمين ﴾ [1] .

﴿ ياأيهـا الناس قـد جاءتكـــم موعظة مـن ربكم وشـفـاء لما في الصدور وهــــدى ورحمـة للمؤمنين ﴾ [2] .

كما دعـا القرآن الكريم الإنسان إلى التفكيـر في نفسه ومعرفـة سماتها وأسرارها ، إذ أن مـعرفة النفـس تقـود إلى معـرفة الله سـبحـانه وتعالى ﴿ وفي الأرض آيات للمـوقنين وفي أنفسكـم أفلا تبصرون ﴾ [3] .

كما ذكـر في القرآن آيات بينت عن أحوال النفس المختلفة والتي أشـارت إلى النفس المطمئنة .. والنفس اللوامـة .. والنفس الأمارة بـالسوء ... ، كـما وردت في القـرآن الكريم آيات مرشـدة عن الروح والعقل . كل ذلك أضاء طـريق المعرفة لعلماء المسلمين ، وفتح مـجالات ثرة في علوم الطب النفسي

وكان لانتشار الرسـالة الإسلامية وتداخلها مع الحضارات الأخرى مـثل حضارة الإغريق أثرها في المزيد من تطور الطب النفسي والذي اشتهر بعض من الأطباء فيه مثل الرازي (860 ـ 932 م) وابن سينا (980 ـ 1036 م) .

---

(1) سورة النحل 89 .
(2) سورة يونس ، الآية 57 .
(3) سورة الذاريات، الآية 20 ، 21 .

وقد كنت لتعاليم الرازي آثارها البعيدة في النهوض بالطب بين الشعوب العربية ، والأوربية ، وقد عاش الرازي في زمان بعد جالينوس (131 ـ 201 م) وأرسطاطاليس عندما ظل الطب في أوربا في مستوى غير متطور لعدة قرون ، وكان من أهم مؤلفات الرازي كتابيه المنصوري و الحاوي . وقد ترجم الكتابان إلى اللغة اللاتينية . وكان اهتمامه بالأثر النفسي في حالات المرض واضحاً من كتاباته ، حيث يدعو الطبيب أن يدخل الطمأنينة في نفس مريضه ويبشره بالشفاء ، حتى وإن لم يكن متأكداً من ذلك لأن مزاج الجسم خاضع للسلوك النفسي ...

وهناك أيضا كتاب ابن سينا المسمى القانون في الطب والذي يتضمن الكثير من تعاليمه وتجاربه ويؤكد فيه علاقة الأعراض الجسمانية بالأحوال النفسية .

ومن ناحية أخرى اهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الأحلام ، وفي القرن الثاني بعد الهجرة كانت هناك إسهامات ثرة ممن تخصصوا في تفسير الأحلام مثل العالم الشهير ابن سيرين . وأبدوا اهتماما كبيراً بالجانب اللاشعوري في الحلم والذي أشاروا إليه بالمكنون ، واهتموا كذلك بالخلفية الثقافية والاجتماعية وبالرموز التي ترى في الحلم .

وقد أبدى أئمة المسلمين اهتماماً كبيراً بعلاج المرضى النفسيين ، وقام بعض الخلفاء العباسيين بإنشاء المستشفيات أو البيمارستانات ، حيث أنشأ الخليفة المكتفي بالله العباسي مستشفى لهؤلاء المرضى ، وأوكل إدارة شؤونه للطبيب العالم أبي بكر الرازي ـ كما شيدت مستشفيات نفسية في القرن الثامن والقرن التاسع الميلادي في كل من بغداد ودمشق والقاهرة .

وكان أول مستشفى للطب النفسي في العالم في بغداد 705 م ، ولم تعرف أوربا المستشفيات النفسية إلا من خلال إسبانيا وذلك بتأثير الفتح الإسلامي وإنشاء المستشفيات في إسبانيا .

وفي مجال العلاج بالأدوية فقد كان لعلماء العرب فضل السبق ، وقد اشتهر منهم جابر بن حيان (702 ـ 765 م) ، وقد أشار العالم الشهير ابن البيطار في كتابه المسمى بالجامع إلى أكثر من 1400 دواء نفساني التأثير وذلك مؤشر هام لما حققه هؤلاء العلماء من تقدم .

أما بالنسبة لأوربا فقد كان عام 1795 بداية التحول في العلاج بالمستشفيات النفسية ، عندما قام بانيل في فرنسا بإعطاء حرية التصرف والمعاملة الإنسانية لمرضى الاضطرابات النفسية ، وقد تبعه على نفس النهج الإسباني كونولى . وفى نهاية القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن طرأت بعض تطورت التقدم في الطب النفسي في بعض البلاد الأوربية فقد قام اختصاصي الأمراض العصبية النمساوي ، سيجموند فرويد بدراسة بعض الحالات المرضية والتي عزا أسبابها لأحداث لم يتذكرها المريض إلا بعد إخضاعه للتنويم النفسي ، وخلص من تجاربه إلى منهج التحليل النفسي psychoanalysis . وفي نفس الوقت بدأ أدولف ماير في الولايات المتحدة دراسة الحالات النفسية والتي عزا أسبابها إلى ردود انفعالات ، وطور أسلوباً جديداً سماه بالنهج البيولوجي النفسي psychobiology ...

وهكذا أصبح الطب النفسي يتطور وفق مناهج مختلفة .

وفي القرن الرابع عشر الهجري كان مستشفى قلاوون بالقاهرة يضم أربعة أقسام ؛ للجراحة ، والباطنة ، والرمد (طب العيون) والأمراض النفسية ، سابقاً أوروبا بستة مئة عام في تواجد الأمراض النفسية في مستشفى عام .

ومن الأشياء الأساسية التي يجدر ذكرها في تطوير العلاج النفسي العلاقة الأساسية بين المريض والمعالج ، ومنذ منتصف هذا القرن بدأ الانفتاح على علاج المريض في بيئة يرتاح فيها المريض نفسياً واجتماعياً . وعليه أنشئت الوحدات العلاجية النفسية في المستشفيات العامة ، وتطور علم النفس الاجتماعي psychosocial . وتقدمت الخدمات الاجتماعية ، ولقي التأهيل العملي والمفيد أهمية خاصة ... كما أن مشاركة الأسرة والمجتمع والمؤسسات المختلفة في العناية بالمريض النفسي وجدت كل التأييد والسند .

ومنذ عام 1975 بذلت مساعي كثيرة لإدخال خدمات الصحة النفسية في مستوى الرعاية الصحية الأولية . وفي عام 1984 أصبح التعريف العالمي للصحة يشمل الجانب الروحي ، وكل ذلك علامات مبشرة في مستقبل الصحة عامة والصحة النفسية mental health خاصة .

إن التطور العلمي الذي حققه الطب النفسي والتقدم الواعد الذي تميز به العلاج النفسي الحديث كله علامات تبشر بمستقبل عظيم في مجال الطب النفسي .

تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

من السهل تعريف الأمراض البدنية حيث توجد مقاييس معروفة ومحددة متى حاد عنها القياس اعتبرت حالة مرضاً . فمثلاً درجة الحرارة العادية هي 37 مئوية (أو حول ذلك بقليل) فإذ وصلت درجة الحرارة إلى 38 فأكثر اعتبر الإنسان مصاباً بالحمّى .. وهكذا . أما في المرض النفسي mental disease فالأمر يختلف اختلافاً بيّناً ، حيث لا توجد مقاييس محددة كميّاً quantitatively ونوعياً qualitatively للسلوك يمكن بواسطتها أن نقيس السلوك البشري في كل الأوقات عند كل الناس . فهناك العوامل الشخصية حيث يختلف الأمر من فرد إلى فرد ، وهناك العوامل البيئية والثقافية ، والعوامل التربوية ، وهكذا .

فإذا كان من الصعب أن نحدد ماهية المرض في الطب النفسي بشكل بسيط ومباشر مثلما هو الحال في الطب الجسمي ، فإنه يصعب كذلك تحديد ماهية الصحة النفسية mental health بشكل عام وشامل أيضاً .

وسنعرض أهم ما توصّل إليه الاتفاق حول هذين المفهومين « الصحة health » و« المرض disease » فيما يتعلّق بالأمراض النفسية .

الصحة النفسية
mental health

توجد عدّة مفاهيم للصحة النفسية يجدر في البدء مناقشتها

1 ـ مفهوم غياب الأعراض absence of symptoms : وهو المفهوم الذي يقول : إن الصحيح نفسياً هو من لا يشكي من أعراض نفسية . لكنّ هذا المفهوم يهمل الاضطرابات العامة للشخصية ، مثل الاضطرابات التي لا تظهر في شكل أعراض محددة ، ولكن في شكل تصرفات وسمات عامة ، كما يهمل نوعية الصحة وتكاملها ، فهو مفهوم سلبي يعرّف الصحة باختفاء ما يتصوّر أنه عكسه (الأعراض) .

2 ـ المفهوم الإحصائي : يقول هذا المفهوم إن الصحيح نفسياً هو الذي يشبه في سلوكه وتصرفه وتنوع حياته ما عليه أغلب الناس من حوله وفي بيئته .

وهذا المفهوم جيّد إذ يحترم ما اتفق عليه أغلب الناس على أنه « صحّة » ، لكنّه قد يستبعد فئة قد تختلف عن سائر المجموع لا لأنها مريضة ، ولكن لأن لها رؤية سابقة لأوانها ، أو نظرة نقدية ، أو إبداعاً خاصاً ، مثل بعض من يوصفون بأنهم العباقرة والأفذاذ والقادة والمفكرين .

3 ـ المفهوم المبني على طلب المعونة الطبية : وهو الذي يقول انه مادام هناك بعض الناس عندهم الأعراض ولا يتوقفون عن ممارسة الحياة ، ولا يشكون بشكل خاص ، فإنه يستحسن أن نضيف إلى مفهوم الصحة أن من لا يذهب لاستشارة طبيب ، أو يأخذه أهله إلى طبيب أو معالج ، هو شخص سليم .

وهذا مفهوم خطر ، لأنه يهمل طلب المعونة الطبية دون أن يكون الإنسان سليماً . ومثال ذلك عند من يقاسي من الصعوبة الاقتصادية ، وعدم توافر الإمكانيات المناسبة ، وفقد البصيرة ، وإهمال الرعاية وغير ذلك .

4 ـ المفهوم المرتبط بالتعوّق : وهو الذي يقول إن الصحة النفسية إنما تقاس بدرجة التعوق في المجالات الأساسية التي تجعل الحياة طبيعية ، وهي مجالات العمل والتكيف الاجتماعي أساساً .

وهذا المفهوم من أهم المفاهيم وأكثرها عملية ، حيث يرتبط مباشرة بفاعلية الإنسان وعلاقاته ، إلا أنه يتغاضى عن احتمال أن يكون التكيف والعمل هو على حساب الذات وتناسقها الداخلي وقدراتها الخاصّة والخلاّقة ، وكل هذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حين نقرر ما هي الصحة النفسية .

5 ـ المفهوم الإيجابي للصحة النفسية : وهو جزء من المفهوم الإيجابي للصحة عامة ، وهو المفهوم الذي تبنته منظمة الصحة العالمية .

وهذا المفهوم الإيجابي للصحة يؤكد انها ليست مجرد انتفاء المرض ، وإنما هي نوع من التوازن الفعّال الذي يجعل الإنسان متناسقاً مع نفسه ومع من حوله ، بما يحقق التكيّف والتوازن مع الذات ومع المجتمع بدءاً بالأسرة فالمجتمع الأصغر فما يليه ، وكذلك بما يحقق التوازن الإيجابي مع مجمل المجتمع الإنساني .

على أن بعض المفاهيم الهامة والمتعلقة بمجتمعاتنا العربية تضيف بُعداً هاماً : وهو التوازن مع الكون الأعظم بما يمنحه الإيمان الإيجابي من فرص أكبر لمثل ذلك .

وكذلك تضيف بعض المفاهيم الطموحة أن الصحة النفسية لا تكتمل إلا إذا أطلقت كافة قدرات الإنسان إلى المستوى المناسب لها ، بما في ذلك قدراته الإبداعية الخلاّقة .

الخلاصـــة

لمّا كان تعـريف الصحة بهـذه الصعوبة فلابد أن نـلتزم بتعريف عـملي ، يمكن قياسـه ، وإن كان نـسـبياً ، فنعرِّف الصحّة النفسية على الوجه التالي :

الصحـة النفسـية هي القدرة على ممارسـة الحياة العـملية والنشاط اليومي بطريقـة تحقق **الفاعليـة** العادية ، والاستقلال المناسب ، وكذلك تحقق **التكيف** مع المجتمع الأوسع ، وتعطي الفرص لممارسة القدرات ، وكل ذلك مع درجة من **التوازن** الذاتي تنتفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة .

أي إن الصحة النفسيه هي الفاعليه والتوازن والتكيف مع الآخرين .

المرض النفســـي
mental disease

وعلى ذلك ففي مجـال المرض النفسي يمكن القول إن كل ما خالف هذا التعـريف الأخير يمكن أن يعتبـر مرضاً نفسياً ، ولكن ذلك ليس سـهلاً أيضاً ، واللغة العربيـة شديدة الثراء بما يصف المرض . فالمرض لغةً هو « كل ما يخرج الكائن الحي عن حد الصحـة والاعتدال من علّة أو نفاق أو تقصير في أمر » . والمرض هو « النقص وهو الانحراف ، وهو الفـــتور ، وهو الإظـلام » ، وغير ذلك كثير . وهذا التعـدد اللغوي ينبه أيضاً إلى ضرورة التحديد ، وعلى ذلك نقول :

إن المرض النفســـــي هو حالة من التعـوق أو المعاناة الجسـيمة أو كـلاهما ، تؤثر على فـاعلية الإنسان ، وعلى تـكيّفه الاجـتماعـي ، وعلى تصالحه النسـبي مع نفسـه ، وهذه الحالة يحـس بها الشخص نفسه لدرجـة نعتبر سببية إذا قيست بما كـان عليه قبل ذلك (في حالة الناضـجين) ، أو بما كان يُتوقّع منه أو يُتوقع له (في حالة الأطفال في ســـن النضج) .

وبإيجاز أكثر :

المرض النفســي هو درجة جسيمة من الـتعوّق أو المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم ، أو من أي من هذه المظاهر معاً .

أخلاقيـات المهنـة

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق لحدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يتعلق موضوع أخلاقيات ethics المهنة في الطب النفسي بقضايا الصواب والخطأ ، بالنسبة للتصرفات والدوافع من جانب الطبيب النفسي وفريقه المعالج تجاه المريض ، وأهمية هذه المسألة تتجلى في قضيتين .

1 ـ السلطة المخوّلة للطبيب النفسي على المريض

إن الطبيب النفسي ، وبحكم وظيفته ، يقوم بتقييم الحالة النفسية لإنسان آخر ، لذا فإنه في موقع يتميز بقوة وسلطة على المريض ، ويجب أن يكون تبعاً لذلك حريصاً على ألا يسيء استخدام هذه السلطة التي اؤتمن عليها ، والتي قد تصل إلى حد سلب المريض أهم حقوقه كحرمانه من حريته في بعض الأحيان بإدخاله المستشفى ضد رغبته .

2 ـ الثقة التي يوليها المريض للطبيب

إن العلاقة بين المريض والطبيب تتميز بخصوصية كبيرة ، وتبنى على الثقة التي يوليها المريض للطبيب المعالج ، وفي مجال الطب النفسي بالذات يقوم الكثير من المرضى بالكلام عن أمور شخصية جداً ، ويكشفون عن أمور خاصة جداً قد لا يذكرونها لغيره . هذا ولا يخفى ما تحمله هذه الثقة من تبعات ومسؤوليات أدبية على عاتق الطبيب .

ومن الموضوعات التي تحتاج إلى شيء من التفصيل بهذا الخصوص ما يلي :

1 ـ سر المهنة

يجب على الطبيب أن يوضح للمريض أن كل المعلومات التي يدلي بها ستخضع لسرية confi-dentiality تامة ، كما وأنه يجب أن يشرح له أنه يحتاج إلى تدوين بعض هذه المعلومات كي يتذكر ما تتم مناقشته . ويجب على الطبيب أن يحصل على موافقة consent المريض إذا أراد أن يتحدث عن مشكلته مع أي شخص آخر سواء كان من أقاربه أو من أصدقائه أو من الموظفين الذين يريد

الطبيب أن يشاركهم معه في رعاية المريض . ومما هو جـدير بالذكر أنه يصعب أحياناً التوفيق بين سر المهنة وبين الصالح العام ، كأن يشعر الطبيب مثلاً أن المريض على وشك أن يرتكب جريمة خطيرة في حق أحد الناس ، فله هنا أن يقدم حق المجتمع في الحماية على الضروريات الأخرى للمصلحة الواضحة .

2 ـ حقـــوق المريـــض

يجب أن يشارك المريض قدر المستطاع في اتخاذ القرارات المتعلقة به وبعلاجه ، وأن يبلَّغ أولاً بأول بالقرارات التي تُتَّخَذ بشـأنه وأسـبابها ، خاصة في مجال العلاج كالأدويـــة الموصوفة له أو المعالجة اللازمة لإيقاع الدماغ brain synchronizing therapy وهو مـا يعرف بالصـدمـات الكهربيـة أو المعـالجة بالتخليج الكهـربي electro convulsive therapy ، ECT . ويجب ألا يعطى له أي علاج إلا بعـد شرح تفاصيله وآثاره الجـانبية ، وموافـقته على تلقـيه . وإذا كان المريض غيـر مؤهل لإعطاء مثل هذه الموافـقة لأسباب مـرضية فيـجب اتباع الخطوات المنصوص عليـها في سياسـة الجهة العلاجية للحصول على الموافقة من جهة الاختصاص في مثل هذه الحالات (الأهل والأقارب) .

ويجب التأكيد على حق المريض في احتـرام خصوصيته privacy وكرامته ، وإذا استدعت حالته المرضية سلبه بعض حـقوقه أو التضييق على حريته فـيجب أن يكون ذلك في أضيق الحدود الممكنة ، وطبقاً لسياسات واضحة تخضع للإشراف والمتابعة وللقانون الموجود في البلد

3 ـ طبيعـــة العلاقـــة مع المريـــض

يجب أن يكون هناك فـرق بين احترام المريض والاهتـمام به من جـهة ، والتورط مـعه بعـلاقات حميمة قد تصل أحياناً إلى ممارسـات جنسية من جهة أخرى . إن تداخل عواطف الطبيب مع المريض يعيق الموضوعية objectivity اللازمة للعملية العلاجيـة ، لذا يجب المحافظة على الحدود التي تمليها عليه وظيفتـه في العلاقة مع المريض ، وإذا شعر الطبيب أن علاقته مع أحد المرضى قد خرجت عن الحدود المناسبة . فيستحسن أن يحيله إلى طبيب آخر ، وأن يراجع الأخطاء التي أدت إلى ذلك الخلل في تلك العلاقة حتى لا تتكرر هذه المشكلة في المستقبل ، وبالرغم من ذلك لابد من التأكيد على أن حب الطبيب لمرضـاه وإخلاصه لقـضاياهم ينعكـس إيجابيـاً على علاقته المهنـية معهم وعلى عـملية العلاج .

علاقة الطبيب بالمريض

بالرغم من أن العلاقة بين الطبيب والمريض من الأمور المحورية في كافة فروع الطب ، إلا أن لهذه العلاقة وضعاً خاصاً جداً في الطب النفسي . فالمقابلة (الزيارة الطبية) التي تتم بين المريض والطبيب النفسي هي أكبر من مجرد المحادثة اللفظية التي تتم بينهما . فمن بداية هذه المقابلة تفصح تصرفات المريض بطبيبه عن كثير من المعلومات التي تساعد الطبيب على استكشاف جوانب هامه تتعلق بشخصية المريض واتجاهاته . . كما أن علاقة المريض تجاه طبيبه تؤثر سلباً أو إيجاباً على رغبته في الإفصاح عن حقيقة مشكلته وأسبابها .

فإذا شعر المريض أن طبيبه مقبل عليه ولديه رغبة صادقة في تفهم مشكلته ومساعدته ، فإن ذلك يشجعه على أن يثق به ، مما يدفعه إلى أن يتحدث بصراحة وعمق حتى عن أدق مشكلاته الشخصية . أما إذا شعر المريض أن طبيبه غير مهتم بمشكلاته ، أو في عجلة من أمره أو ذو اتجاه انتقادي أو عدائي تجهه ، فإن ذلك قد يجعله يحجم عن الإفصاح عن دخيلة نفسه هذا ويحجم بعض المرضى عن الإفصاح عن بعض أمورهم الخاصة في المقابلة الأولى مع الطبيب ، وكثيراً ما تأتي هذه المعلومات في الجلسات التالية .

كما يجب على الطبيب أن ينظر إلى المريض من خلال منظار شامل ذي مستويات ثلاثة . في المستوى الأول يرى الجانب المرضي ، وفي المستوى الثاني يركز على التكوين النفسي للمريض من شخصية ودوافع ، وفي المستوى الثالث ينظر إلى الخلفية الاجتماعية والثقافية كأثر البيئة والأسرة والعادات والتقاليد . وهذه الطريقة تسمى بالنموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي socio psychobiological .

وقد كان جورج إنجل أبرز من تبنى هذا النموذج كمدخل لتصور متكامل للمريض ، حيث أن كل عامل من العوامل الثلاثة يؤثر في العاملَيْن الآخرين . ولإثبات نظريته أجرى إنجل في عام 1971 م دراسة على مئة وسبعين حالة من حالات الوفاة المفاجئة sudden death على مدى ست سنوات ، وقد لاحظ أثناء دراسته أن الأمراض الخطيرة وحتى الوفاة قد تكون مرتبطة بالأزمات والصدمات النفسية ، ومن أمثلة هذه الأزمات التي سجلها : وفاة شخص عزيز ، الحداد والذكريات السنوية للمآسي ، انخفاض الروح المعنوية ، الشعور بالخطر أو التهديد ، وحتى بعض حالات النشوة والسعادة الشديدة المفاجئة .

وتعتبر علاقة الطبيب بالمريض في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هامة جداً . فكما يجب على الطبيب الإلمام بحالة المريض الطبية ، يجب عليه أيضاً أن يكون متفهماً لتكوينه النفسي وبيئته

لاجتماعية والثقافية . وكيفية تأثير هذه العوامل على حالته المرضية واستجاباته الانفعالية لها ، وطبيعة ارتباطه مع طبيبه تبعاً لذلك . ومن المفاهيم الهامة في العلاقة بين الطبيب والمريض مفهوم الإسقاط (الطرح) projection والإسقاط (الطرح) المقابل **antiprojection** ، وهو العملية التي يسقط بها المريض مشاعره التي تنتمي لي شخصيات سابقة في حيته على المعالج النفسي ، وبالتالي يتمثل المعالج النفسي من الناحية العاطفية ، كما لو كان شخصاً سبق أن التقى به في حياته الماضية ، ويتم ذلك من خلال عملية الإسقاط التي يقوم بها المريض بإصفاء صور اختزنها في نفسه من لاستدماحات القديمة ، والتي تجعل للمعالج مكانة ومعنى عاطفي كانا لشخص سابق في حياته . لذا يجب على الطبيب ملاحظة اتجاه عواطف المريض نحوه بعناية خلال فترة العلاج . و لمحافظة على تجاه موضوعي ومحايد ، مع شرح تفسيرات الإسقاط للمريض إذا رتأى أن ذلك ضرورياً ، أو مفيداً للعملية العلاجية . وهناك أيضاً الإسقاط (الطرح) المقابل من المعالج إلى المريض ، وفي هذه الحالة تحدث عملية إسقاط عاطفي من الطبيب على المريض ، ولكي يحترز لطبيب منه ينبغي أن يتفحص مشاعره نحو المريض سلباً أو ايجاباً بطريقة مستمرة ، فإذا شعر أنه عمل الى المريض أكثر من اللازم ولديه نزعة غير عادية للاستغراق في مشاكله ، أو في الجانب الآخر ، إذا شعر بنفور منه أو عداء تجاهه ، فقد يكون سبب ذلك إسقاط مقابل حيث يحل المريض مكان شخص هام في حياة الطبيب الماضية .

وبصفة عمة يجب أن يكون الطبيب النفسي في علاقته مع مريضة كالمراة التي يرى فيها المريض نفسه ، ويكون دور الطبيب هو مساعدته على فهمها وتقويمها ، كما يجب أن يكون دائماً مستعداً للتدخل لتقديم المساندة والإرشاد في الأوقات والضروف المناسبة .

الوبائيات epidemiology
والسببيات etiology

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي

الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني

وبائيات الأمراض النفسية

تعتبر دراسة الوبائيات epidemiology أمراً أساسياً في الطب . ذلك أنها تُعِين - في الطب النفسي ، كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى - على تحقيق أهداف متعددة منها :

1 - تحديد مدى الانتشار الحقيقي للاضطرابات النفسية بين مختلف المجموعات (مجمل السكان ، مرضى الأطباء العامين مثلاً) .

2 - البحث عن العوامل المسببة ، والتي تساعد معرفتها في وضع استراتيجيات للوقاية من الاضطرابات النفسية .

3 - تمكين المسؤولين في مجال الصحة العمومية من وضع برامج تكيف لمصالح الصحية مع الرغبات الحقيقية للسكان .

4 - تحقيق التلاؤم بين تدريب العملين في مجال الصحة وبين الحاجات الواقعية للسكان ، مع ترتيب الأولويات .

ولقد نشرت منذ القرن التاسع عشر إحصائيات متعددة في كتب ومقالات مختلفة ، لكنها لا تتعلق إلا بجوانب متناثرة من الطب النفسي . وكان لابد من انتظار سبعينات هذا القرن لتظهر دراسات علمية ، ملتزمة بمنهجية دقيقة في مجال وبائيات الأمراض النفسية . ولقد لعبت كل من منظمة الصحة العالمة والمؤسسة الوطنة للصحة النفسة بالولايات المتحدة الأمريكة دوراً رائداً في هذا المجال كما أنجزت دراسات جيدة في دول شمال أوروبا وفي إنكلترا وسويسرا .

ولقد لعب عاملان مهمان دوراً أساسياً في هذا الازدهار وهما تطوير أدوات المقابلة النفسية المعيارية standardized interviews من جهة ، والجهد الضخم المبذول في الطب النفسي لتوضيح المفهيم ، ووضع تصنيف للأمراض يستند على مبادىء أكثر علمية من جهة أخرى . ويمكن أن يكون الطب النفسي التخصص الطبي الأكثر إنتاجاً في مجال توضيح لعديد من لمفاهيم المستعملة (مثل الأعراض والمتلازمات والاضطرابات) على مدى العقدين الأخيرين .

ثم جاء تصنيف الاضطرابات النفسية الذي وضعته الجمعية الأميركية للطب النفسي (DSM III في سـنة 1980 ، وDSM II R في سنة 1987) ثم المراجعة العاشـرة للتصنيف الدولي للأمراض الذى وضعته منظمة الصحة العالمية (ICD 10 فى سنة 1992) ليشكلا منعطفاً حاسماً في تطور الوبائيات النفسية . إذ أن ما يميز هذين التصنيفين هو خلفيتهما المنهجية لتي تسهل الطريقة العلمية بتناول الأعراض والتشخيص والتي تتمثل باستعمال محاور متعددة للتشخيص (واحد للأعراض ، وآخر للشخصية ، وثالث للاضطرابات العضوية التي يشكو منها المريض إلخ) إلى جانب ستعمال منهجي ومطرد لمعايير تشخيصية ، مما مكّن من إجراء أبحاث علمية على كل واحد من تلك المعايير بهدف إثبات صلاحيته أو عدم صلاحيته .

انتشـار الاضطرابـات النفسـية

إن أشمل دراسة تم القيام بها في مجال وبائيات الطب النفسي هي تلك التي أنجزت بالولايات المتحدة الاميركية تحت سم منطقه استجماع الخدمت الإبيديميولوجيه "Epidemiological Catch-ment Area" ما بين سنتي 1980 و 1985 . وهي دراسة قامت بها خمسة مراكز جامعية أميركية مختلفة على عيِّنة ممثَّلة لمجموع السكان تضم أكثر من 20000 شخص تزيد أعمارهم على 18 سنة . وأثبتت الدراسة هده أن انتشار prevalence الاضطرابات النفسية (أي عدد الحالات الموجودة داخل المجموعة السكانية في وقت معين) ، بما في ذلك إدمان الكحول والمخدرات ، يزيد على 15 في المئة

مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأفراد الذين يزيد أعمارهم عن 18 سنة
(عن Regier *et al.* Arch. Gen. Psychiatry- 1993; 50-85-94)

الاضطراب	على مدى شهر	على مدى سنة
جميع أنوع لاضطربات بما فيها إدمان الكحول والمخدرات	0.4±15.7	0.5±28.1
جميع أنواع لاضطربات ماعدا إدمان الكحول و لمخدرات	0.4+13 0	0.4±22.1
الفُصَام / الاضطراب الفُصَامي الشكل	0.1±0.7	0.1±1.1
الاضطراب العاطفي (الوحداني)	0.2±5.2	0.3±9.5
ـ الثنائي القطب	0.1±1.2	0.1±1.2
ـ الاكتئاب الأحادي القطب	0.1±1.8	0.2±5.0
ـ اضطراب المزاج	0.2±3.3	0.2±5.4
اضطرابات القلق	0 3±7.3	0.3±12.6
ـ الرُهَاب	0.2±6.3	0.3±10.9
ـ اضطراب الهَلَع	0.1±0.5	0.1±1.3
ـ الاضطراب الوسواسي القهري	0.1±1.3	0.1±2.1
الاضطرابات الجسدية الشكل	0.0±0.1	0.0+0.2
اضطرابات الشخصية المستهينة بالمجتمع	0.1±0.5	0.1±1.5
الاضطرابات الذُّهَانيَّة الشديدة	0.1±1.7	0.1±2.7

في الشهر الواحد ، و28 في المئة في السنة . وهذا يعني أنه على مدى سنة واحدة ، يعني أكثر من شخص واحد من بين أربعة أشخاص من مجموع السكان من اضطراب نفسي أو يدمن الكحول أو المخدرات بالولايات المتحدة (انظر الجدول 1) .

أما أهم النتائج المرتبطة بالاضطرابات النفسية في هذه الدراسة فهي كالتالي :

ـ تشكل اضطرابات القلق (اضطراب القلق العام ، واضطراب الهلع ، و ضطرابات الرهاب ، والاضطراب الوسواسي القهري ، والاضطراب التالي للرضح) أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشاراً (أكثر من 12 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وفي هذا الاتجاه فقد كتشف أن الاضطراب الوسواسي القهري منتشر ستين مرة أكثر مما كان مقدراً من قبل (2 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وقد كان ذلك التقدير مبنياً على اعتقاد الأطباء النفسيين على أنه اضطراب نادر بسبب قلة المصابين به الذين يطلبون المشورة من الطبيب النفسي . إن هذا المثال يبين الأهمية القصوى للأبحاث في مجال الوبائيات النفسية والتي تنجز انطلاقاً من عينات ممثلة لمجموع السكان ، إذا أردنا معرفة الخريطة الدقيقة لتوزيع الأمراض بينهم ، وتجدر الإشارة إلى أن أغلب اضطرابات القلق قد سجلت لدى الإناث (أنثيين مقابل ذكر واحد) .

ـ أما النوع الثاني من الاضطرابات الأكثر انتشاراً فهي الاضطرابات العاطفية (الوجدانية) (أكثر من 9 في المئة من السكان على مدى سنة) . أما باقي الاضطرابات فهي أقل انتشاراً .

لكن السؤال الذي يطرح نفسه هو : إذا كانت هذه الأرقام الكبيرة (والتي ليست على كل حال أكبر من أرقام انتشار فرط ضغط الدم مثلاً بين مجموع السكان) هي نفسها على اختلاف الدول والثقافات . كما أثبت ذلك دراسة واسعة النطاق أنجزتها منظمة الصحة العالمية ، فهي تتراوح بين 0.5 و1 في المئة دون تمييز بين الدول المصنّعة والدول النامية . الشيء الوحيد الذي يختلف في هذه الدراسة هو شكل تطور المرض ، والذي يبدو أفضل لدى مرضى الدول النامية منه لدى مرضى الدول الصناعية ، والتفسير المفترض لهذه الظاهرة هو بقاء الأسرة الموسعة expanded family وانتشارها المهم في البلدان النامية .

وكمثال ، فإن عدداً من الأبحاث في مجال الوبائيات التي أنجزت في بلد عربي (الدار البيضاء ، المغرب) أعطت النتائج العامة التالية :

ـ بالنسبة لمجموع السكان :

- نسبة انتشار الأرق تتعدى 11 في المئة في عيّنة ممثّلة لمجموع لسكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و45 سنة في هذه المدينة .
- نسبة استهلاك الأدوية النفسية تبلغ حوالي 6 في المئة في عينة ممثلة لمجموع السكان .

- بالنسبة لمرضى الأطباء العامين : أكثر من 15 في المئة من مراجعيهم مصابون بالاكتئاب وحوالي 1 في المئة بالفُصام ، وأكثر من 40 في المئة من الأطفال الذين يزيد عمرهم على خمس سنوات يعانون من سلس البول .
- بالنسبة لمرضى أقسام المصحّات النفسية 8 في المئة منهم يعانون من اضطراب عضوي ، يرتبط في أكثر الحالات ارتباطاً مباشراً بالاضطراب النفسي.
- بالنسبة للمجموعات المختلفة :
  - الجامعيون : حوالي 15 في المئة من طلبة إحدى الكليات يتناولون المخدرات (الحشيش) بصورة متقطعة ، و4 في المئة منهم يتناولونها بصورة مستمرة .
  - المرضى الذُهَانيون psychotic الذين يتناولون مضادات الذُهَان : نسبة انتشار عسر الحركة المتأخر يتراوح بين 10 في المئة و64 في المئة ، حسب عمر المريض ومدة المرض .

إن هذه الأرقام تشبه إلى حد كبير تلك التي تشير إليها نتائج الدراسات الغربية (ماعدا ما يخص الاضطرابات العضوية عند مرضى أقسام المصحّات النفسية) . كما أن كثيراً من الأبحاث المنجزة في الدول النامية . ومنها خصوصاً بعض الدول العربية ، انتهت إلى نتائج مطابقة تماماً للنتائج المسجلة في الدول الصناعية . وهذه الأرقام لها تطبيقات عملية مباشرة مرتبطة بالتخطيط في مجال الصحة النفسية لأن المسؤولين في بلداننا النامية ينظرون عادة إلى الطب النفسي وإلى الصحة النفسية على أنهما تخصصان قليلا الأهمية في الميدان الطبي وهم يستندون في ذلك إلى أن هناك أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية مثل الأمراض المُعدية والسارية وسوء التغذية ، ووفيات الأطفال .

ولم يدرك أولئك المسؤولون أن الفرد يمكن أن يصاب في آن واحد بمرض نفسي وآخر عضوي (سلّ ، وفُصَام ، أو كيسة مائية واكتئاب مثلاً) . وهذا يعني ضرورة إعطاء هذا التخصص الطبي كل وسائل العمل اللازمة له . وهو أمر تتضح أهميته أكثر إذا علمت أن ثلث المرضى الذين يراجعون الأطباء العامين لا يعانون من اي مرض عضوي ، مما يستلزم الاعتناء لديهم بالجوانب النفسية والاجتماعية . ويؤدي خطأ تشخيص الاضطرابات النفسية بوصفها اضطرابات عضوية ليس فقط إلى طول معاناة المريض ، ولكن أيضاً إلى خسارة مادية يمكن أن تكون كبيرة (فحوص تكميلية غير مفيدة ، إفراط في تناول الأدوية ، الربح الضائع بسبب المرض) . وبهذا فإن عدم توفير الإمكانيات الضرورية لتخفيف معاناة المرضى النفسانيين يتجاوز حدود مخالفة أخلاقيات الطب والصحة إلى إحداث خسارة اقتصادية .

ومن الجدير بالذكر أن الآراء المسبقة والسيئة عن الطب النفسي موجودة في كل دول العالم ، بما فيها الدول الصناعية . وهو ما يفسر أن الدراسة الأميركية أوضحت أن ربع المرضى الذين يعانون

من اضطراب نفسي فقط يستشيرون أطباء غير مختصين بالطب النفسي . إن الوبائيات النفسية هي أساس الطب النفسي . ولا يحتل كل تخصص طبي إلا المكانة التي تعطيها له الدراسات في مجال الوبائيات . والطب النفسي في العالم لعربي بحاجة ماسة إلى أبحاث في ميدان الوبائيات ، فالوبائيات هي الطريقة المثلى لتصوير البحث النفسي في ميادين أخرى .

سَبَبِيَّات etiology الاضطرابات النفسية

إن الحديث عن أسباب الاضطرابات النفسية قديم جداً ، وقد كانت التفسيرات الأولى التي صاغها الإنسان للاضطراب النفسي مرتبطة بظواهر تنسب إلى ماوراء الطبيعة (مس من الجن أو سحر مثلاً) . ويستمر وجود هذه التفسيرات بصورة كبيرة في كل البلدان النامية ، وخصوصاً منها البلدان العربية . أما أول تفسير يحاول أن يربط الاضطرابات النفسية بالبنية العضوية فيعود إلى بقراط من خلال نظريته حول الأخلاط .

وليس هناك سبب وحيد للاضطرابات النفسية ، بل إن تضافر عوامل متعددة هو الذي يؤدي إلى اختلال توازن الفرد والدفع به إلى الاضطراب النفسي . والأنواع الثلاثة الرئيسية من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية هي العامل الوراثي والعامل لتربوي والعامل البيئي .

العوامل الوراثية
hereditary factors

كانت الفكرة المسيطرة إلى حدود سنة 1980، هي أن الذُهانات psychoses ذات منشأ وراثي وله أساس بيولوجي ، أما العُصابات neurosis فتجد جذورها في النمو غير الطبيعي لشخصية الفرد ، وعلاجها الأمثل نفسي وليس غيره . إن وجهة النظر هذه قد روجعت من أساسها منذ أن أثبتت دراسات عدة أهمية العامل الوراثي في كثير من العُصَابات ، وأن لها ذات الأهمية في الفُصَام أو في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مثلاً . وقد برهنت على ذلك الدراسات بالنسبة لعُصَابات متعددة كاضطراب الهَلَع panic disorder ، واضطراب الرُهَاب phobia disorder (وخصوصاً الرُهَاب الاجتماعي ورُهَاب الدم والجروح) ، والاضطراب الوسواسي القهري ، بينما لا يظهر لحد الآن أن هناك عاملاً وراثياً وراء اضطراب القلق العام ، والاضطراب التحويلي conversional ، والاضطراب التالي للرضح .

إن هذا المفهوم الجديد للاضطرابات المعروفة قديماً بالعُصَابات neuroses قد شجع كثيراً البحث البيولوجي في هذا المجال ، إلى أن الاضطراب الوسواسي القهري يعتبر الآن لدى كثير من الباحثين

مرضاً عصبياً نفسياً مصاحباً لآفة في نوى قاعدة الدماغ . لكن هناك نتيجة أخرى مهمة هي الاستعمال المتزايد للأدوية النفسية (وبالخصوص المثبطات النوعية لاسترداد السيروتونين specific serotonine reuptake inhibitors في علاج بعض الاضطرابات العُصَابية).

كما أن العلاجات السلوكية أوضحت العلاج النفسي المفصل لمثل تلك الاضطرابات .

وتعتمد الأبحاث في المجال الوراثي على دراسة لعائلات يعاني أحد أفرادها أو أكثر من الاضطراب المراد دراسته . لكن المفيد أكثر هو دراسة لتوائم وحيدة الزيجوت monozygote لمعرفة درجة توافق ذلك مع اضطراب معين بالمقارنة مع التوائم ثنائية الزيجوت أو مع الإخوة والأخوات . وقد ثبت أن التوافق في الإصابة باضطراب معين لدى التوائم وحيدة الزيجوت وفي حالة وجود عامل وراثي ، أعلى إحصائياً منه لدى التوائم ثنائية الزيجوت أو لدى باقي الإخوة والأخوات . لكن يمكن أيضاً القيام بدراسات لدى الأطفال بالتبنّي لقياس درجة التوافق في الإصابة بينهم وبين الآباء البيولوجيين من جهة ، وبينهم وبين آبائهم بالتبني من جهة أخرى .

لكن يجب الإشارة إلى أن وجود عامل وراثي لا يعني حتمية الإصابة بالاضطراب النفسي ، كما أن إصابة أحد الأبوين أو كليهما بمرض نفسي لا يؤدي بالضرورة إلى إصابة الأبناء أو الأحفاد به . لذلك يجب طمأنة عائلات المرضى النفسيين على أن العامل الوراثي ليس سبباً للمرض ، إنما هو عامل من بين عوامل متعددة ومتشابكة .

العوامـــل التربويـــة
educational factors

من الواضح أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بالتربية التي يتلقاها داخل الأسرة . وتساعد هذه التربية في تنمية الذات لدى الفرد ، عن طريق الحب ، واحترام شخصية الطفل ، والمنهج السليم . لكن إذا تعرض الطفل ، لسبب أو لآخر ، لصعوبات كبيرة ، فإن ذلك يمكن أن تكون له تأثيرات سلبية على نمو شخصيته ، مما يجعلها هشة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة . ويعتبر غياب الأم واحداً من أكبر تلك العوامل السلبية ، فإذا وقع مبكراً (في الشهر السادس من عمر الطفل مثلا) واستمر لفترة طويلة ، فإن الطفل يكون معرضاً للإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب (وقد وصفه Spitz وصفاً جيداً) أو حتى الذُهن . كما ثبت أن الأطفال الذين يفقدون أحد أبويهم قبل سن الخامسة معرضون أكثر للمرور بفترات اكتئابية فيما بعد .

إن واحداً من التحديات الكبرى التي توجهها اليوم الصحة النفسية ببلداننا العربية هو شيوع التربية التقليدية المبنية على غياب المبادرة وعدم احترام شخصية الطفل ، مع أن العالم الصناعي الذي نحتك به يفرض علينا مزيداً من المبادرة ومن استقلالية الشخصية . وهذا يخلق المشاكل على المستويين الثقافي والاجتماعي .

عوامل البيئـــة المحيطـــة
environmental factors

وهي لا تضم فقط الأحداث التي تقع لـلفرد ، ولكن أيضاً كل ما يمكن أن يؤثر تأثيراً مـهماً على حياته وتفاعله مع وسطه

ورغم أن الأحداث الصارتة فـي حياة الفـرد مهمـة جداً ، إلا أن دورها في ظهـور المرض النفسي مبالغ فيه جداً من قبل أهل المرضى . إننا نسمع كثيراً أن فـلاناً مرض مرضاً نفسياً بسبب صدمة ناتجة عن حدث طارئ في حيـاته مثل فراق شخص عـزيز ، أو موته ، أو فشل في امتـحان ، أو حادثه خطيرة . لكن يجب الانتباه إلى أن جميع الذين يفـشلون أو يتعرضون لموت أحد أقربائهم لا يصابون بمرض نفسي . وأكبر مثال على ذلك أن أفراد أسرة واحدة (من إخوة وأخوات) ، إذا تعرضوا لنفس الصدمة في حياتهم (حرب ، أو أب مدمن عنيف مثـلاً) ، يمكن لأحدهم أن يصبح مريضاً نفسياً ، لكن الباقين يتجاوزون الصـدمة دون تأثيرات سلبية خطيرة على حياتهم النفـسية. وهذا الأمر يوضح بجلاء تعدد عـوامل الأمراض النفسية وتشـابكها . أما العوامل البيـئية الأخرى فهي مـتعددة وترتبط بطريقـة العيش (كـون المجتـمع يدفع بالشـخص إلى الإدمان مـثلاً) ، أو المناخ (يبـدو أن المرضى الفُصَـاميين يولدون أكـثر في الشـــتاء) ، أو الثـقافـة (التخلـف العقلي يمكـن أن ينتج عن علاج تقليدي غير مناسب لمرض معيّن) .

إن المرض النفسي ، إذن ، ينتج عن عـدة عوامل : بيولوجيـة ونفسية واجـتماعية . وهـذا يفسر ضرورة تعدد أساليب المعالجة النفسية والمعالجة الاجتماعية .

الوقايـــة

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور طه بعشـــر

سبق أن ذكرنا أن هناك عدة أسبـاب للاضطرابات النفسية ، فمنها الوراثية والعضوية والاجـتماعية والنفسـية . وفي بعض منها قد لا تكون الأسباب واضحة تماماً .

وعندما نبحـــــث عن طرق الوقاية ، من المهم أن نذكـر أنه في كثير من الحالات ربما يكون هناك أكثر من سبب واحد ، وهذا ما يجب أخذه في الاعتبار عند معالجة هذه الأسباب.

وإلى جانب التقدم المستمر الذي حدث في معرفة طبيعة وأسباب الاضطرابات النفسية ، فإن هناك اهتماماً متزايداً في اتخاذ الإجراءات المناسبة للارتقـاء بمستوى الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تصيب الإنسان .

ولتبسـيط مفهوم الوقاية ، ووفـقاً للعرف الطبي ، من المناسب بحث هذا الموضوع في مـستويات ثلاثة وهي الوقاية الأولية والوقـاية الثانوية والوقاية الثالثة . وتشـمل الوقاية الأولية primary prevention الإجراءات التي يمكن اتخاذها للسيطرة أو لخفض نسبة حدوث incidence حالات مرضية معـينة بين السكان الذين لا يعانون منهـا . وهناك أمثلة كـثيرة مـثل التمنيع immunization ضد الأمراض المعدية التي تصيب خلايا الدماغ وبالتالي تؤثـر على العقل مثل التهاب السحايا ، أو العناية الوقائية أثناء الحمل حتى لا يصـاب الجنين بأمراض مثل الحميـراء rubella (الحصبة الألمانية) التي قد تؤدي إلى تخلف عقلي .

أما الوقاية الثانوية secondary prevention فتتم بتشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية في الوقت المناسب ثم العمل على علاجها حتى يمكن السيطرة عليها وتخفيف أثرها إلى أدنى مستوى بين المتأثرين بها . مثـال ذلك اكتشاف بعض الأعراض الجســمانية والنفسية بسبـب اضطراب الغدة الدرقية لنقص في مادة اليود وبالتالي تتخذ الإجراءات المناسبة علاجياً ووقائياً .

أما الوقـاية الثالثـة tertiary prevention فهي تتكون من الإجـراءات التي يجب اتخاذها عند الإصابة بالمرض ، وتهدف إلى السـيطرة على الاضطرابات النفسية الناجـمة عنه ، والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسمانياً واجتماعياً ، وبمساعدة المريض وأسرته يتم التأهيل المناسب له لكي يعود إلى حالته الطبيعية .

وعند بحث التدبيرات الوقائية في المستويات الثلاثة المشار إليها آنفاً ، فمن المناسب أن نشير إلى مراحل الحياة المختلفة بدءاً بطور الرضاعة ثم الطفولة والصبا ثم الشباب فالشيخوخة .

الوقايــة الأوليــة
primary prevention

ومما يجدر ذكره هنا أن عامل الوراثة قد يكون سبباً من الأسباب الرئيسية في بعض الاضطرابات النفسية . فإذا أخذنا مرض الفُصَام كمثال ، نجد أن عامل الوراثة يشكل نحو 10% إذا كان أحد الوالدين مصاباً به ، ثم تزيد هذه النسبة إلى 40% إذا كان الوالدان مصابين . وقد لا تظهر أعراض هذه الاضطرابات النفسية إلا إذا تعرض الشخص إلى مسببات أخرى يمكن أن تكون اجتماعية أو نفسية ، وكل ذلك يستوجب الوقاية منها والعمل على تفاديها . ومن الأشياء الأساسية في طور الرضاعة والطفولة الاهتمام بالجوانب العاطفية والعضوية التي تكفل للطفل النمو الصحيح جسمانياً ونفسياً ، ولابد من التأكيد هنا على أن صحة الطفل النفسية تنمو عن طريق الرباط العاطفي والحنان الأبوي ، وهناك الحاجة إلى العناية والرعاية والتوجيه في أطوار الطفولة المختلفة ، ويمكن للطبيب المشرف على صحة الأم أثناء الحمل والرضاعة والطفولة مساعدة الأبوين على الارتقاء بصحة المولود وتبصيرهما فيما يمكن عمله وقاية وعلاجاً .

وكما هو معروف ، فإن الطفل أثناء نضجه يمر بمراحل متعددة ، فهو يستطيع رفع رأسه من الوسادة في سن أربعة شهور ، ويجلس في سن ستة شهور ثم يقف عندما يبلغ عمره عاماً ، ويمشي دون سند في ثمانية عشر شهراً ، ثم يبدأ التحكم في عملية التبرز والتبول ، كما يكتسب القدرة على الكلام عند سن السنتين ، ويطعم نفسه في سن الثالثة ، وهكذا يستمر في النماء والنضوج . ويمكن للطبيب متابعة حالته وتشخيص الأسباب والعمل على الوقاية والمعالجة كما يمكن للطبيب أن يخفف الضغوط النفسية على الطفل نتيجة عدم فهم الوالدين لمراحل النمو الطبيعي للطفل .

أما في مراحل الدراسة فإن تنظيم برامج للصحة النفسية يساعد على تفهم المشاكل الاجتماعية والنفسية ، وعلى تحسين البيئة المدرسية ، وعلى تطوير الدور الذي يمكن أن يقوم به المدرس في الوقاية من الضغوط النفسية والعاطفية ، والارتقاء بالعلاقات الاجتماعية ، ونمو الشخصية .

وكذلك يمكن للطبيب أن يساعد في تحقيق الجو المناسب في بيئة العمل وفي ميادين الصناعة ، الأمر الذي يخفف الضغوط النفسية والاجتماعية وبالتالي يساعد في الوقاية من الاضطرابات النفسية .

كما أن هناك دوراً هاماً للوقاية من الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة نظراً لحدوث التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية ، وهنا يجب مواجهة العوامل التي ربما تؤدي إلى زيادة هذه التغيرات مما يعرض المسن للإصابة باضطرابات الشيخوخة ، ومن هذه العوامل مشكلة الإحالة إلى

التقاعد والعزلة الاجتماعية ، أو بُعد أفراد الأسرة أو وفاتهم . والمشكلة هنا تتجاوز حدود الوحدة الصحية لتشمل محيط الأسرة خاصة والمجتمع عامة ، وعليه لابد من مساعدة المسن في حدود ما تبقى له من قدرات جسدية ونفسية في تقبل التغيير ومواجهة الحياة الجديدة .

الوقايــة الثانويــة
secondary prevention

كما سبق ذكره فمن المناسب بحث موضوع الوقاية الثانوية ابتداء من مرحلة الطفولة ، حيث أن الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال المصابين ببعض الأمراض المُعْديَة مثل التهابات الدماغ أو نقص الغذاء (مثل الكواشيوركور) والعمل على علاجهم سوف يجنبهم الكثير من المضاعفات التي تؤثر على حالتهم العقلية والنفسية .

ومن المجالات الهامة التي يمكن أن يتم فيها اكتشاف حالات الاضطرابات العقلية والنفسية مبكراً إجراء الكشف الطبي على تلاميذ المدارس ، فقد يصاب بعضهم باضطرابات نفسية نتيجة الفشل الدراسي أو لأسباب أسرية واجتماعية ، وقد يعاني بعضهم من أسباب عضوية مثل ضعف النظر أو السمع . وقد يصاب بعض الأطفال باضطرابات الكلام ، مثل حالات اللجلجة والتي تحتاج إلى التعرف على أسبابها والتأكد من أن الطفل المريض بها لا يعاني من أسباب عضوية في الجهاز العصبي وأجهزة الكلام والسمع ثم معالجته نفسياً وتدريبه عملياً على النطق بالطريقة الصحيحة وإشراك الوالدين في علاج الطفل وتدريبه بطريقة صحيحة .

ثم هناك خطر استعمال الأدوية المنبهة والمخدرة بين الشباب ، واكتشاف الحالات مبكراً سوف يساعد كثيراً في علاجها والوقاية من الادمان عليها . وفي سياق التحدث عن تلاميذ المدارس والشباب فإن التعاون بين الطبيب ومرافق الصحة المدرسية ومجموعة المدرسين وخاصة المشرفين على الطلاب سوف يسهم كثيراً في التعرف على مشاكلهم واضطراباتهم النفسية وإيجاد العلاج المناسب لها قبل أن يستفحل أمرها .

وتدل الأبحاث التي أجريت على حالات المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أن هناك نسبة هامة تصل إلى عشرين في المئة تعاني من اضطرابات نفسية ، وفي استطاعة الممارس العام من ذوي التوجه الصحيح والمعرفة والمهارة القيام بفحص حالة المريض المصاب بالمرض لكي يتعرف على طبيعة هذه الأمراض منذ بداية ظهورها ثم يبدر في علاجها . ومما يجدر ذكره هنا أن بعض أعراض الاضطرابات النفسية ربما تبدو في صورة أعراض جسمانية ، ومن جهة أخرى فإن بعض الاضطرابات العقلية والنفسية مثل حالات الاكتئاب قد تكون مضاعفات لمرض عضوي ، ومن هنا كان لابد من تشخيص المرض أولاً ومبكراً ثم التصرف في أمر علاجها . ومن الخطأ صرف الأدوية المسكنة والمنومة مثل مركبات البنزوديازيين دون التركيز على التعرف على طبيعة المرض مبكراً أو الاستعانة بذوي الخبرة

المهنية ، حيث أن الاستمرار في صرف مثل هذه الأدوية سوف يؤدي إلى الإدمان عليها وهذا ما يجب تجنبه والوقاية منه

ومن الحالات الطارئة التي تمر على طبيب الوحدة الصحية والتي تستوجب التشخيص المبكر والعلاج الفوري حالات الانتحار ، والتي ترجع أسبابها إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب النفسي ، وحالات الاضطرابات النفسية العضوية الحادة وما يصاحبها من هَذَيَان وأمراض فُصَام الشخصية ، ونوبة الهَوَس ، والضغوط الاجتماعية والأمراض العضوية المستعصية . وفي هذه الحالات ، وبعد الوقوف على حالة المريض لابد من إسعافه بدنياً ونفسياً، ورعايته اجتماعياً ، وعمل الاحتياطات اللازمة ، ثم تحويله إلى الطبيب النفسي للإشراف على علاجه .

الوقايـة الثالثيـة
tertiary prevention

وهناك بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن للممارس العام أن يساهم في السيطرة عليها ويحول دون تدهورها . . ففي حالات التخلف العقلي مثلاً يمكنه المساهمة في المعالجة التي يقررها الطبيب النفسي ، ويساعد في تطبيقها وذلك بعد الاكتشاف المبكر لها ، ويكون ذلك بالتغذية المناسبة أو بإعطاء الأدوية الضرورية في حالة وجود مرض مصاحب للتخلف العقلي مثل الاختلاجات الصرعية أو الاضطرابات السلوكية أو العقلية . وفي الأساس فإن علاج التخلف العقلي هو عملية تأهيلية وتربوية تهدف إلى الارتقاء بالمستوى المعرفي والسلوكي والخلقي ، وذلك يحتاج إلى تعاون كامل مع الأسرة والمؤسسات التربوية والتأهيلية .

وهناك حالات الاضطرابات النفسية مثل فُصَام الشخصية التي تحتاج إلى مواصلة علاجها والحيلولة دون تدهور حالتها وتأهيلها التأهيل المناسب . وهنا لابد من التأكد من أن المريض يتعاطى الدواء الضروري لحالته مع التنسيق الكامل مع الاختصاصي بالطب النفسي ، ومساعدة هؤلاء المرضى في إطار الأسرة والمجتمع ومساندتهم في ايجاد العمل المناسب لهم وفق حالتهم الصحية ، والفرص المتاحة لهم .

ومشاكل الإدمان من الحالات التي يجب التصدي لها بغية حصرها والتغلب عليها وتأهيل المصابين بها ، وهي مشكلة اجتماعية ، ونفسية ، وصحية ، واقتصادية . وذلك يقتضي تضافر الجهود للسيطرة عليها والتحكم في الأدوية التي تؤدي إلى الإدمان ، وعلاج المرضى وتأهيلهم . ويمكن للطبيب في إطار الفريق المعالج بالتعاون مع الأسرة والمتابعة المستمرة المساهمة في العلاج النفسي الفردي والجماعي وتعميق الوازع الديني والاجتماعي .

أعــراض وعلامــات الاضطرابــات النفســية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تشمل أعراض symptoms الاضطرب النفسي كل التغيرات التي يشعر بها المريض ويبلّغها لطبيب ، بينما يقوم الطبيب من خلال لزيارة الطبية (المقابلة) interview النفسية باستخراج علامات signs الاضطراب النفسي عندما يفحص الحالة النفسية للمريض . ويتم لتشخيص بضم الأعراض إلى العلامات في وحدة يطبقها الطبيب مع ما هو معروف من المتلازمات syndromes التي تشكل الاضطرابات disorders النفسية . وسوف نورد في هذا الفصل الأعراض والعلامات النفسية معاً كما نجدها في الوظائف النفسية الرئيسية عندما تضطرب لدى المرضى النفسيين . ولا يعتبر كل واحدة من تغيرات الوظائف النفسية التي نصفها هنا في حد ذاتها تشخيصاً ، لأن كلاً منها يحدث في العديد من الاضطرابات . وعلى سبيل المثال فإن ضعف التركيز إذا شكى منه المريض يعتبر عَرَضاً ، وإذا لاحظه الطبيب أثناء الفحص النفسي يعتبر علامة ، وهو في كلتا الحالتين ليس تشخيصاً وإنما هو تغير مرضي يحدث في كثير من الاضطرابات النفسية مع مجموعة أخرى من التغيرات تميز الاضطرابات المختلفة بعضها عن بعض .

وهناك بعض الأعراض والعلامات التي تحمل نفس الاسم الذي يطلق على اضطرابات بأكملها والتي تشمل تلك الأعراض والعلامات بين مكوناتها الرئيسية ، مثال ذلك « القلق » و« الاكتئاب » ، لذا يجب تمييز استخدام هذه الكلمات عند الدلالة على أعراض وعلامات التغيرات الوجدانية التي نجدها في كثير من الاضطرابات النفسية عن استخدامها للإشارة إلى الاضطرابات المسماة بنفس الاسم ، إذ يكون القلق أو الاكتئاب أعراضاً وعلامات رئيسية في متلازمة تشتمل على مكونات أخرى ضرورية لتشخيص « اضطراب القلق anexiety disorder » أو « اضطرب الاكتئاب depression disorder » .

ويتوقف تشخيص الاضطراب النفسي على وجود أعراض وعلامات المرض النفسي أكثر مما يتوقف على غياب علامات المرض الجسمي أو على سلبية نتائج الفحوص المخبرية . لذلك فإن معرفة الطبيب لهذه الأعراض والعلامات تكفي للوصول إلى التشخيص النفسي في أغلب حالات المرضى النفسيين الذين يتعامل معهم الطبيب الممارس في عيادات الرعاية الأولية ، وتقلل الحاجة إلى إجراء الفحوص

المخبرية ، وتحد منها إذا كان من الضروري إجراؤها . ويظن البعض أن تعدد الفحوص المخبرية وسيلة ضرورية لإقناع المريض بعدم وجود مرض جسمي لديه . ولكننا نجد عكس ذلك في غالبية الأحوال . فكلما تعددت النتائج السلبية للفحوص المخبرية ظن المريض أن الطبيب يبحث عن شيء لا يستطيع أن يجده ، فيبحث من جديد بطريقة أخرى أو يكرر ما سبق بحثه ، ويعطي ذلك رسالة مستترة للمريض عن حيرة الطبيب وعجزه في أمر مرضه ، فيعتقد أن مرضه نادر الحدوث أو خطير العواقب ، بدلاً من الاقتناع أن الفحوص المخبرية السلبية تؤكد عدم وجود المرض الجسمي . ومادام المريض يشكو من أعراض فلا يجوز للطبيب أن يقوله له « ليس بك مرض لأن الفحوص لجسمية سلبية النتائج » ، ولكن ينبغي أن يقول الطبيب للمريض « إن الفحوصات لم تظهر ضطراباً في العضو أو الجهاز الذي تم فحصه مخبرياً ولكننا نعلم أن أداء ذلك العضو أو الجهاز يختلف تبعاً للحالة النفسية للفرد فيؤدي إلى أعراض كالتي تشكو منها » ، وبذلك يعلم المريض أن شكواه لها ما يبررها في الطب النفسي كما يعرفه الطبيب ، عندها لا يقول المريض كما يقول بعضهم « إن الطبيب أخبرني ع ما ليس بي ولم يخبرني عن م بي » . وإذا قام الطبيب بالفحص النفسي مع الفحص الجسمي السريري (لإكلينيكي) أصبح تشخيصه للاضطراب النفسي قائماً على أدلة إيجابية من خلال وجود الأعراض والعلامات النفسية ، وربط منشئها ومحتواها ومسارها بالمتغيرات البيئية ، كما يظهر في المقابلة السريرية (الإكلينيكية) ، بدلاً من الاتجاه إلى لتشخيص النفسي فقط عقب استبعاد المرض الجسمي بالنتائج السلبية للفحوص المخبرية .

ونلاحظ أن لكثير من أعراض الاضطراب النفسي نظيراً في الأسوياء ، ولكنه يدل على الاضطراب النفسي إذا أدى إلى معاناة الفرد أو مَن حوله ، أو أدى إلى الإخلال بالممارسة العادية لحياة الفرد وتكيفه أو تلاؤمه في بيئته، وذلك بسبب شدته أو طول بقائه أو فرط تكراره . كذلك فإن العَرَض النفسي المرضي خارج عم هو مألوف ومعروف لفرد وخارج عما هو سائد ومعروف في المجتمع و لجماعة التي ينتمي إليه الفرد . ومن المجموعات الرئيسية لأعراض وعلامات الاضطراب النفسي الجَسْدَنَة somatization و ختلالات الانتباه والإدراك والوجدان والتفكير والذاكرة و لوعي بالزمان والمكان و لأشخاص والنشاط لحركي والحكم على الأمور والأحداث .

الجَسْدَنَة somatization

الجَسْدَنَة هو التعبير عن الاضطراب النفسي بأعراض جسدية أي بدنية . وهذه أكثر الأعراض انتشاراً بين لمرضى النفسيين وخصة في المنطقة العربية . ويعزو كثير من المرضى هذه الأعراض إلى الأمراض الجسمية بأعضاء الجسم المختلفة ، وعلى الطبيب الذي عالج هؤلاء المرضى أن يوضح لهم العلاقة بين النفس والجسم حتى يساعدهم على فهم الأصل النفسي لأعراضهم الجسمية بأسلوب سهل وأمثلة بسيطة يمكن لمرضى استيعابها . وإذ لم يشتمل تعليم الطبيب على تدريب كاف في الط .

النفسي فإنه هو أيضاً يعزو هذه الأعراض الجسمية لمرضاه إلى الأمراض الجسمية ويسعى في بحث دؤوب عن تلك لأمراض بالإفراط في الفحوص المخبرية دون ثمرة ، كما أسلفنا . وقد يتساءل الدارس والممارس لماذا تظهر الاضطرابات النفسية بأعراض جسدية بدلاً من ظهورها مباشرة في صورة أعراض اضطراب بالوظائف النفسية فقط كاضطراب الوجدان أو اضطراب السلوك ؟ نجد الاجابة عن ذلك في نظرة أفراد المجتمع نحو هذين النوعين من الأعراض ينظر الناس إلى الأعراض الجسدية على أنها خارجة عن إرادة الفرد فلا يلومه أحد على الشكوى منها أما الأعراض النفسية المباشرة فإن كثيراً من الناس يعتبرونها دالة على ضعف الشخصية أو قلة الإيمان ، ويتوقعون ممن يشكو منها أن يتحكم فيها ، وأن يساعد نفسه بنفسه في التغلّب عليها . كذلك يعزو البعض الأعراض السلوكية أو الوجدانية للمرضى إلى تأثير القوى التي لا ندركها بحواسنا كالحسد والسحر ، فيستشيرون من يتعامل مع هذه القوى بدلاً من استشارة الطبيب الذي ينحصر دوره في نظر العامة في البدن فقط . ويعتبر الجسدنة أقصر طريق إلى الطبيب .

من أعراض الجسدنة الشائعة الآلام والإحساس بالتوتر والضيق والرجفة ، وأعراض اضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وأعراض توهم المرض البدني والأعراض التحولية .

الآلام aches والإحساس بالتوتر والضيق tightness والرُّعَاش tremor

يزداد التوتر في عضلات الجسم الارادية في كثير من الاضطرابات النفسية ، معبراً عن التوتر النفسي ، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم ، تختلف من فرد إلى آخر . فيشكو المريض من آلام بالرأس (صداع) أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف ، كما أنه يشكو من الشعور بالتعب أو الإنهاك ، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر ، يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي رغم عدم قيام المريض بأي مجهود عضلي إرادي ويعود الشعور بالتوتر والضيق الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلات الصدر فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد فلا يكاد يتسع للهواء اللازم للتنفس المعتاد ، لذلك يلجأ بعض المرضى إلى التنهد مراراً حتى يطمئنوا أن صدورهم يمكن أن تتسع لكل ما يستنشقون من هواء وكذا نعلم أن تكرار التنهد من علامات التوتر والضيق .

ويرجع تحديد الجزء من الجسم الذي يظهر به التوتر إلى ما يعتقده الناس عن ذلك الجزء أو العضو . فالصدر يمثل الحلم في سعته ويحوي القلب الذي يعتبر مركزاً للعواطف ، والظهر يرمز إلى القوة والكفاءة (وخاصة القدرة الجنسية) . كذلك فإن لكل فرد « نقطة ضعف » في جسمه بسبب العوامل الخلقية أو بسبب الأمراض العضوية السابقة . فمثلاً يؤدي اضطراب مفاصل وغضاريف العمود الفقري وما يصاحبه من آلام بالظهر إلى عودة آلام الظهر فيما بعد تعبيراً عن التوترات النفسية ، دون عودة المرض الجسمي بالعمود الفقري لأن ظهر المريض أصبح البؤرة التي

تجذب تفكيره وتحط عليها همومه . كما أن شكوى فرد في الأسرة من الآلام بأحد أعضاء الجسم عندما يكون متوتراً نفسياً يلفت انتباه أعضاء الأسرة الأخرين إلى هذا العضو كمخرج للتوتر .

وقد يؤدي الاضطراب النفسي إلى ظهور التوتر بشكل رُعاش tremor اليدين بسبب التغيرات المتلاحقة في توتر العضلات الإرادية . ويظهر ذلك بوضوح إذا شعر المريض أن الآخرين يلاحظونه وهو يمسك بكوب ماء أو عندما يصب الشاي للضيوف على سبيل المثال . ولكن هذه الرجفة تختفي أثناء النوم وعند الاسترخاء وتلاحظ أثناء حركة اليدين أو سكونهما . وقد يظهر الرعاش في الرأس أو في الصوت المتهدج أو في الشفتين مع الغضب أو الانفعال ويزول عندما يعود الفرد للهدوء .

أعراض وعلامات اضطراب المجموع العصبي المستقل (الأوتونومي)
autonomic nervous system

يؤدي التوتر النفسي إلى اضطراب وظائف المجموع العصبي المستقل autonomic nervous system ويظهر ذلك في اضطراب وظائف الأعضاء التي يغذيها هذا الجهاز مثل العضلات اللاإرادية وبعض الغدد . ففي الجهاز الدوراني يحدث الخفقان ويرتفع الضغط الانقباضي ، وفي الجهاز الهضمي يجف الحلق ويشعر المريض بعسر الهضم أو باضطراب التغوط كالإمساك أو الإسهال ، وفي الجهاز التنفسي يزيد معدل التنفس ، وفي الجلد يزداد العرق أو تضطرب الدورة الدموية الجلدية فيشعر المريض بالبرودة أو الحرارة بدرجة لا تتناسب درجة حرارة الجو ، وفي الجهاز البولي تكثر مرات التبول ، وفي الجهاز التناسلي يضعف الانتصاب او يسرع القذف او يعسر الجماع أو يتشنج المهبل . ولما كان المهاد thalamus مركزاً يسيطر على الجهاز العصبي إلى جانب سيطرته على جهاز الغدد الصماء فإن اضطراب وظيفة المهاد قد يؤدي إلى اضطراب وظائف الغدة الكظرية والغدة النخامية في حالات التوتر أو الاكتئاب النفسي وينشأ عن ذلك علامات مختبرية (معملية) خاصة باضطراب هرمونات تلك الغدد .

أعراض وعلامات مَرَاقِيَّة (تَوَهُّم المرض البدني)
hypochondriasis

يشكو المريض من الألم أو اضطراب الأحاسيس التي يعزوها إلى مرض عضو أو جهاز معين بالجسم ، وينشغل بها إلى حد سيطرتها على فكره ومشاعره ، وأحياناً تسيطر على حديثه أيضاً . ويعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية ، وأحياناً يعاني الآخرون من فرط شكواه عما يظن أنه يحمل من الأمراض الجسمية ، وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اختلاف تكيف المريض في بيئته .

وكثيراً ما تحدث هذه الأعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الاعلام المختلفة أو من مريض أصيب بمرض جسمي . وتكون الأعراض عادة مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادر . كذلك فإن هناك نوعاً من توهم المرض منشؤه إفراط الطبيب في الفحوص المخبرية بعد الشكاوى البدنية البسيطة للمريض ، واستزادته منها أو اللجوء إلى فحوص أدق كلما جاءت النتيجة سلبية فيتوهم المريض أن به مرضاً خفياً أو خطيراً لا يعرفه الأطباء . ويحدث أحياناً بعد وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء أن يتوهم الفرد أن لديه نفس المرض الذي أدى إلى موت المتوفى ويشكو من أعراض مشابهة لما كان يشكو منه المتوفى . ومن أكثر الأمراض البدنية التي يتوهمها المريض انتشاراً أمراض القلب والأمراض الخبيثة (السرطان) ومرض العوز المناعي المكتسب أو « الإيدز » ورهاب التشوهات البدنية . ويسيء المريض تأويل الأحاسيس العادية التي يشعر بها من أعضاء معينة في جسمه ليغذي انشغاله على صحة وسلامة هذه الأعضاء التي يركز عليها انتباهه وتفكيره . وكثيراً ما تفشل محاولة الآخرين في إقناعه بعدم وجود المرض الذي يتوهمه ، ويتردد المريض عادة على كثير من أطباء الطب الجسمي رافضاً أي إشارة إلى المرض النفسي ، لأنه يحمل في ذهنه صورة مريضة لجسمه لا لنفسه .

الأعـــراض البدنيـــة التحويليـــة
conversion symptoms

سميت الأعراض البدنيه التحويليه conversion symptoms كذلك بناء على على فرض يقول إن التوتر النفسي يتحول إلى عرض جسمي يمتص ما به من شحنة . فتقل شدة التوتر التي يشعر بها المريض أو يعبر عنها فيظهر المريض كما لو كان غير مبال بالعرض الجسمي الذي أصابه . تظهر الأعراض الجسمية التحويلية عادة في المجال الحسي أو المجال الحركي الخاضع لإرادة المريض ، كأن يفقد الإحساس في جزء من جسمه ، أو يفقد القدرة على الإبصار أو السمع أو القدرة على إخراج صوته ، أو تحريك طرف أو أكثر من أطراف الجسم ، أو تهتز أجزاء من جسمه ويصاب بما يشبه الإغماء . وفي جميع الأحوال يكون نمط الأعراض البدنية متفقاً مع مفهوم المريض عن مرض العضو الذي يصيبه العرض ، ولا يتفق مع ما هو معروف طبياً عن ذلك المرض . فالمريض الذي يفقد صوته في عرض تحويلي لا يحرك لسانه لأنه يعتقد أن اللسان هو أداة الكلام ، بينما نعرف طبياً أن الحنجرة هي عضو التصويت . لذلك فإن التشابه بين الأعراض التحويلية والأمراض العضوية التي يظن المريض أنه أصيب بها تشابه سطحي ويستطيع الطبيب الذي يدقق في استخراج السيرة المرضية الحالية للمرض والذي يقوم بالفحص السريري (الإكلينيكي) المعتاد أن يصل إلى التشخيص الصحيح دون الحاجة إلى إجراء فحوص مختبرية في غالبية المرضى الذين يشكون من أعراض بدنية تحويلية .

أعــراض وعلامـات تَشتُّت الانتبـاه

الانتباه attention هو توجيـه لنشاط العقلي إلى أمـر معين . تظهر عـلامات الانتبـاه في وجه المريض وهي توجيه بصره إلى الأمر المقصود بالانتباه ، وهي إنصات لفرد إلى حديث الآخرين ، وهي متابعة الحديث دون تشتت . قد يشكو المريض من تشتت انتباهه عندما يحاول التركيز على ما يقوم به من أعمال بالمنزل أو العمل أو عند القـراءة أو أثناء محادثة الاخرين حيث يصعب عليه متابعة ما بدأ حتى إكماله .

وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات داخليـة مثل الألم أو الخوف أو انشغال البال بأمور معينة ، فيبـدو المريض شارد الذهن أو « متشـغول البال » وقد يرجع تشـتت الانتباه إلى مشتتات خارجية تستـرعي انتباه الفـرد وحدة تلو الأخرى مـثل أثاث الغرفة أو مظهـر الآخرين أو صوت التليـفون أو صوت أقدام من يمشي خارج الغرفة أو أوزان ورنين لكلمات دون معناها أثناء المقابلة . وتصعب إدامة انتبـاه الفرد أي تركـيزه على مـوضوع الحديث ويصـعب أن يخلص الفرد إلـى المعاني التي يشـملها الموضوع المراد الانتبـاه إليه بسبب تشتت الانتبـاه . ونجد أن كثيراً من النـاس الذين يعانون من ضعف تذكرهم للأشياء والأحداث ليس لديهم اضطراب أساسي في الذاكرة ولكن انتباههم مشتت وتركيزهم لا يدوم ، فيؤدي إلى عدم إجادة تسجـيل الأمور المقصودة بالانتباه والاستيعاب ، فـيصعب الاحتفاظ بها في الذاكرة ، ويصعب استدعاؤها فيما بعد . ومن أمثلة ذلك الطالب القلق الذي يخاف الامتحان فينســى ما قرأ من دروس ، وربة البـيت المجهـدة التي تنسى أين وضعت المفـاتيح والأشيـاء الأخرى بالمنزل .

أعــراض وعلامــات اختـــلال الإدراك

الإدراك perception هو إعطاء معـنى لما يـقع تحت حـواسنـا . وبذلك يخـتلف الإدراك عن الإحساس الذي يقتـــصر على تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس المختلفة دون الوصول إلى مدلولها أو معناها . فمن يسمع لغـة أجنبية لا يعرفها لديه إحساس سمـعي فقط دون إدراك لمعنى ما يسمع . ومن الاختـلالات الشائعة للإدراك نشرح هنا الانخـداع والهلاوس hallucinations ونكتفي بذكر الاختلالات الأخرى الأقل انتشاراً في الاضطرابات النفسية .

الانخــــداع

الانخداع illusion هو إعطاء معنى خاطىء للمؤثرات الحسية التي تقع في مجال الحواس بسبب عدم وضوح تلك المؤثّرات أو بسبب الاستعداد النفسي للفرد لإدراك أشياء غير التي تقع تحت حواسه وإن كانت شبيهة بها . ومن الانخداعات التي نلاحظها لدى الأسوياء أن نرى شخصاً على مسافة بعيدة فنظن أنه شخص آخر لعدم وضوح الرؤية ويعتبر السراب من الأمثلة الشائعة للانخداع لدى الأسوياء في البلاد الحارة ، فيحسبه الظمآن ماء ، لأن الظمأ يجعله مستعداً نفسياً لإدراك وجود الماء . وهناك أيضاً انخداعات إدراكية في مجال الحواس الأخرى كالسمع واللمس والشم والذوق ترجع إلى نفس الأسس من استعداد الفرد وعدم وضوح المؤثر الحسي . في الانخداع الإدراكي لدى الأسوياء يعلم الأفراد خطاهم ويقبلون تصحيحه ، ولكن ذلك لا يحدث في الانخداع الإدراكي المرضي .

تحدث الانخداعات الإدراكية المرضية كلما زاد التوتر النفسي ، حيث يعطي المريض دلالات ومعانٍ مخيفة لما يسمع أو يرى من مؤثّرات عادية . كما تحدث الانخداعات الإدراكية (وخاصة البصرية) في الأمراض والإصابات التي تضطرب فيها درجة إفاقة المريض في حالات الهَذَيَان من التسمم أو نقص الأكسجين الوارد إلى المخ . ويظن المريض أن حركة الستائر مثلاً تخفي وراءها حيواناً أو شخصاً سيهاجمه ، وأن أي صوت مفاجئ هو انفجار وأن الظلال هي أشباح ... وهكذا

الهــــلاوس

الهلاوس hallucinations إدراكات خاطئة دون وجود المؤثر الخاص بمحتوى تلك الإدراكات . وتعتبر الأحلام نوعاً طبيعياً من الهلاوس ، لأنها إدراكات خاطئة ومحتواها غير حقيقي ، ويعلم صاحب الحلم أن محتواه غير حقيقي كذلك فهناك أشخاص أسوياء يدركون أشياء لا وجود لها قبيل بدء النوم وقبيل الإفاقة من النوم ويعلمون عدم حقيقة ما يدركون .

تحدث الهلاوس المرضية أثناء اليقظة وأكثرها انتشاراً الهلاوس السمعية والبصرية ، ولكن هناك أيضاً هلاوس في المجالات الحسية الأخرى .

تحدث الهلاوس في الاضطرابات العقلية الذُهانية العضوية (كالهَذَيَان) وغير العضوية (كالفُصام) وتغلب الهلاوس البصرية في الأولى ، والهلاوس السمعية في الثانية . وقد تكون الهلاوس بسيطة المحتوى مكونة من أصوات أو أضواء غير واضحة ، أو تكون الهلاوس مفصلة ذات حيوية تشعر المريض بحقيقتها فينفعل بها ويتفاعل معها بالانتباه والدهشة والتطلع ويعمل فكره في تأويل هذه الظواهر التي يخبر من حوله بأمرها ولا يستطيع الآخرون إدراكها .

أعـــراض وعلامـــات أخرى لاختـــلال الإدراك

هناك أعـراض وعلامـات أخرى لاخـتلال الإدراك سـوف يأتي تفـصيلهـا في الفصـول الخاصـة بالاضطرابات النفسية التي تشيـع فيها . ونذكر منها هنا إدراك الأشياء بحجم أكبـر (رؤية ضخامية) macropsia أو أصغـر (رؤية مستصـغرة) micropsia من حجمـها الحقيقـي أو إدراكها بشكل مختلف (تَشَوُّه المرئيَّات metamorphopsia) عن الشكل الحقيقي ، أو إدراك الفـرد أن جسمه أو أجزاء منه قد تغير لونها أو مكانها أو حـجمها أو هيئته فأصبحت على غير حـقيقتها المألوفة ، أو أنه أصبح عديم المشاعر (تبدُّد الشـــخصية depersonalization) . كما قد يدرك المريض أن الأشياء المحيطة به قد تبدلت هيئتـه أو طبيعته فأصبحت مخـالفة لما كان يألف في سابق الأمر (تبدل إدراك الواقع أو الغربة عن الواقع derealization) .

أعـــراض وعلامـــات اختـــلال الوجـــدان

الوجدان affect هو كل ما يوجـد في النفس من مشاعـر سواء كانت مـرغوبة كالمودة والرحـمة والسرور أو غير مرغوبة كالخوف والغضب والحزن .

تتغيـر المشاعر الوجدانية وتختلف في نوعـها وشـدتها ومدتها حـسب ظروف الحياة والمواقف التي تعرض للأسـوياء . وتعرف المشاعر طويلة البـقاء بالمزاج mood والمشاعر الموقـفية المؤقتـة بالانفعال emotion . يعبر الإنسان عن وجدانه بوجهه وحديثه وسلوكه كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية .

ومن أكثر أعراض وعـلامات اختلال الوجدان انتشاراً المزاج المكتئب ومـزاج الشُّماق ومزاج القلق والرُّهَاب والهَلَع والهيوجية ونسحالة الوجدان وتقلقل الانفعال والتناقض الوجداني .

المـــزاج المكتئـــب

المزاج المكتئب depressed mood هو الشعور بالهم أو عدم القدرة عـلى الاستمتاع . وقليل من المرضى العرب يشـكو بهذه الصورة المبـاشرة التي تشـيع بين المرضى الغربيين ، ويغلب على مـرضانا التعبير غير المباشر عن المزاج المكتئب ، مثل فقدان الاهتمام بما كان يهتم به المريض من طعام وعمل وهوايات وأصدقاء ، أو تواتر الأحلام عن الموت والموتى ، أو البكاء عند تلقي كلمات المودة والعطف من الآخرين ، أو تخـفيف الهم بالبكاء ، أو تمـني البكاء الذي أصبح صعـب المنال ، أو الإفراط في تذكر الأخطاء والمسـاوئ الشخصيـة من الماضي ، أو الشعور بالعجـز حيال الحاضـر ، أو اليأس من المســـتقبل . فيجب على الطبـيب أن يسأل المريض عن كل هذه الأمور ليـستخرج عـلامات المزاج

المكتئب . نلاحظ هذا المزاج ليس فقط في اضطراب الاكتئاب ولكن أيضاً في الأمراض البدنية والاضطرابات النفسية الأخرى حين يشعر المريض بآثارها السلبية على كفاءته وحياته .

مــزاج الشُّـمَاق
elation

ويتسم بالتهيج العاطفي مع النشاط الجسمي ، فإذا جاوز الابتهاج ما يقضي به الواقع يدعى بالشماق elation . حيث ينسق تنكير المريض عدة في اتجاه مزاجه ، فيستخرج من حياته وسماته كل مميز ويتحدث عن عظيم قدراته ومعرفته ، ويفرط في تقديم المودة أو النصح للآخرين ضناً منه أن ذلك يسعدهم ، ولكنهم يشعرون أنه يتدخل في شؤونهم . كما تكثر النكتة والسجع والشعر والكناية والمداعبة في حديث المريض دون التزام بالقيود الاجتماعية للحديث وخاصة مع أفراد الجنس الآخر . ويتميز مرضى الهَوَس بهذا النوع من المزاج .

مــزاج القلق anxiety والرُّهــاب phobia والهلــع panic

يتميز مزاج القلق بما يتضمن من خوف بريد على ما يخاف الأسوياء منه تحت نفس الظروف . قد يكون لقلق عاماً منتشراً بين جميع أحداث البيئة ، فيجعل المريض يتوقع سوءاً أو شراً في كل وقت ، وخاصة إذا حدث ما لم يتوقع أو لم يحدث ما توقع . و قد يكون الخوف محدوداً ومقصوراً على أشياء أو مواقف معينة فيسمى الـرُّهَـاب ، مثل ذلك الرهبة المفرطة من الأمور التي لا تثير في الأسوياء أكثر من الحرص ، كرُهَاب الإصابة بالمرض ، أو رُهَاب البعد عن منزل الأسرة ، او رُهَاب الساحة أو التواجد في شرفة مرتفعة أو في مكان مغلق (كالمصعد أو الطائرة) ، أو رُهَاب التحدث مع الرؤساء أو في وجود جماعة من الناس ، أو رُهَاب حساب القبر او رُهَاب الحيوانات . في معظم هذه الأمور يخشى المريض سوء المصير كأن يفقد وعيه أو لا يجد من ينقذه أو يموت أو يعدى . والهَلَع نوبة تلقائية حادة من الخوف يظن فيها المريض أنه على وشك الموت أو فقدان السيطرة على نفسه .

يظهر مزاج لقلق والـرُّهَاب والهَلَع في الاضطرابات المعروفة بهذه الأسماء ، كما يظهر في الاكتئاب والوسواس القهري وكثير من الاضطرابات النفسية الحدة

وهناك نوع اخر من الرُّهَاب ينشأ من شدة خوف لمريض من فقد لتحكم في اندفاعاته الشخصية مثل النزعة إلى العدوان أو إلى التصرف غير المقبول اجتماعياً ، فيتجنب الآلات الحدة حتى لا يؤذي بها نفسه أو غيره أو يتجنب الاقتراب من النوافذ حتى لا يلقي بنفسه أو بطفله منها ، أو يتجنب مجالسة الآخرين حتى لا يأتي بعمل فاضح . وهذا النوع من الرُّهَاب خاص باضطراب الوسواس القهري .

التهيّج
irritability

هو سهولة الإثارة ، حيث يصبح الغضب سريعاً شديداً كثير الحدوث لأتفه الأسباب . ورغم أن هذا عرض رئيسي لاضطراب القلق النفسي ، إلا أنه شائع أيضاً في اضطرابات الاكتئاب والهَوَس والوسواس والاضطرابات النفسية الحادة .

ضحالة الوجدان
shallow (blunted)

في حالة ضحالة الوجدان تقل شدة المشاعر الوجدانية والتعبير عنها في المواقف التي تثير الحماس أو السرور أو الغضب أو الضيق أو المودة أو الهم أو الخوف . وفي الأحوال الشديدة تتفاقم ضحالة الوجدان إلى التبلد والخمود ، وأكثر ما نلاحظ ضحالة الوجدان في الفُصَام .

تقلقل الانفعال
emotional lability

يعتبر تقلقل الانفعال اختلالاً في المواقف يؤدي إلى الإفراط في شدة ومدة الانفعال بالضحك أو الكآبة . فالموقف الذي يثير الابتسامة يؤدي إلى قهقهة لا تتوقف ، والموقف الذي يثير الإشفاق يؤدي إلى بكاء متواصل ، كما لو كان المريض غير قادر على وقف سيل انفعاله . نلاحظ هذه العلامة في المرضى المصابين باضطرابات عضوية بالمخ كما نلاحظها في المرضى بالهَوَس .

عدم تطابق الانفعال
incongruous emotion

قد يكون الانفعال غير مطابق لمحتوى تفكير أو سلوك المريض في بعض حالات الفُصَام ، فيضحك المريض دون أن يمر بباله ما يضحك ، ودون حدوث ما يضحك فيما حوله ، أو يضحك عند الحديث عما يحزن . وكثيراً ما يلاحظ أهل المريض أنه يضحك دون سبب ، ولكن يجب التحقق من أنه لم يتذكر شيئاً مضحكاً وأنه لم يقصد بضحكه السخرية من الآخرين أو التعبير عن الحرج مثلاً .

التناقض الوجداني
ambivalence

ينشأ التناقض الوجداني عندما يوجد لدى المريض قوتان وجدانيتان متساويتان في القوة ومتضادتان في الاتجاه . وينعكس ذلك في سلوك المريض حيث تزيل كل من القوتين الأخرى ، فإذا كان هناك حب بقدر البغض أو رغبة بقدر الرهبة فلن يتقدم المريض أو يتأخر ويظل جامداً . كذلك قد يؤدي التناقض الوجداني إلى اتباع المريض مسلكين متضادين الواحد تلو الآخر ، فيمد يده ثم يسحبها ، أو يعطي ثم يأخذ ، أو يفتح ثم يغلق . ونلاحظ هذه العلامة في مرضى الفُصَام .

أعراض وعلامات اختلال التفكير

التفكير هو النشاط العقلي الذي يحاول حل مشكلة . والمقصود بالمشكلة problem هنا أي أمر يسعى الفرد لتفهمه حتى يختار استجابته له . قد يختل مجرى التفكير thought stream في سرعته أو تماسكه أو بالدوران أو بالوطوب (المداومة) perseveration. وقد يختل هيئة التفكير thought form لضعف تجريده . وقد يختل محتوى التفكير thought contents بما يحمل من خيال أو وُهام أو وساوس. وفي جميع الأحوال نجد أن حديث المريض هو أفضل مرآة لتفكيره، ولذلك فإن جميع العلامات المرضية للتفكير يمكن استخراجها من المقابلة السريرية (الزيارة الإكلينيكية للطبيب) .

التعجيل بسرعة التفكير
thought acceleration

يدل التعجيل بسرعة الحديث على التعجيل بسرعة التفكير ، حيث تتلاحق العبارات وقد تتزاحم في صورة ضغط الحديث pressure of talk فيصعب إيقاف المريض عن الكلام لمراجعه بعض ما يقول ، أو لتغيير موضوع الحديث . وفي بعض المرضى تتطاير الأفكار flight of ideas واحدة تلو الأخرى . يربطها ببعضها رباط سطحي ولكنه غير منطقي يتوقف على منطوق الكلمات ووزنها ، وليس على التسلسل المنطقي لمعانيها . ويسهل على المستمع التعرف على هذا الرباط السطحي الذي يكون عادة مضحكاً أو مسلياً . نلاحظ هذه العلامة في الاضطراب الهَوَسي .

تباطـؤ التفكيـــر
thought retardation

يتباطأ مجرى التـفكير في بعض حالات الاكتئاب أو الخَرَف . نلاحظ تطاول الفتـرة التي يحتاجها المريض للرد على الاسئلة ، حتى البسيطة منها . كما أن حـديثه مقتضب ، قليل التفاصيل ، يندر أن يكون تلقائياً . وفي بعض مرضى الفُـصَام يتوقف مجرى التفكير تماماً (إحـصار التفكير thought block) ولا يستطيع المريض مـواصلة ما بدأ لزوال كل شيء من تفكيره . وتختلف هـذه العلامة عن ضعف التـركيز حـيث يتشـتت انتباه المريض مـن فكرة إلى أخرى تحل محلهـا ، ولكن المريض الذي يتوقف تفكيره يشعر بفراغ الذهن التام في فترة التوقف ولا يستطيع الاستدراك .

عـدم تناسق التفكيـــر
incoherence

في هذه العلامة لا تتمـاســـك أجزاء الحديث بأربطة منطقية أو بأربطة سطحيـة ، (كما يحدث في تَشَتُّت الأفكار) فيبدو حديث المريض مفككاً ، ولا يمكن متابعته ، لأن المريض ينتقل من موضوع إلى أخر في تفرعـــات لا يفهمها من حوله ، تحـيد بحديثه بعيداً عن الموضوع الذي بدأ به الحديث والذي يزداد بعده عنه كلما اطرد حديثه . تظهر هذه العلامة في الفُصَام وفي الهَوَس الشديد .

دوران التفكيـــر
circumstantiality

في دوران التفكير حول الموضوع يحول المريض كثـيراً في المقدمات والمداخيل الطويلة قبل أن يصل إلى « صلب الموضوع » ، فيكون حديثه طويلاً ولكنه يصل بعد طول المسيرة إلى غاية الحديث . هناك بعض الأسوياء من كبـار السن وأهل الريف الذين يفكرون ويتحدثون بهذه الطريقـة لأنهم لم يتعودوا الاقتضاب أو الحديث المباشر . ويزيد دوران التفكير في حالات الخَرَف والفُصَام والصرع .

وظـــوب (مداومـــة) التفكيـــر perseveration

في بعض حـالات الخَرَف لا يستطيـع المريض نقل حديثـه من موضوع إلى اخـر ، فيـستـمر في موضوعه الأول رغم محاولة الآخرين مناقشته في موضوعات أخرى ، وهذا ما يعرف بوظوب التفكير حيث يواظب المريض على ترديد نفس الألفاظ أو الاسترسال في نفس الموضوع .

ضعــــف التجريــد
poor abstraction

يظهر ضعف التجريد في التفكير عندما تصبح العبارات التي يسمعها أو يقرأها المريض مجرد ألفاظ لا يستنبط منها معان أو أفكار . فتعرف الأشياء مثلاً بصفاتها المادية لا بوظائفها أو بما تدل عليه من معان . فلا يستطيع المريض استنباط ما تدل عليه الأمثال مثل « عصفور في اليد خير من عشرة على شجرة » ، فقد يقول إن هذا المثل يحبذ أن تمسك العصفور بيدك . وإذا سئل المريض عن أوجه التشبه بين الموز والبرتقال مثلاً قد لا يتعدى ذلك قوله إن كليهما أصفر دون استنباط الصفة المشتركة وهي أن كليهما فاكهة .

كذلك يصعب على المريض تجريد المعنى مما يدرس أو من القصص التي يقرأها أو النكتة التي يسمعها أوالكاريكاتير الذي يشاهده .نلاحظ ضعف التجريد في حالات التخلف العقلي والفُصَام والخَرَف .

الخيـــــال
fantasy

الخيال نوع من التفكير يخرج عن الواقع الذي نعيش فيه . ورغم أن الخيال تفكير طبيعي إلا أن الإسراف فيه يضيع الجهد والوقت اللازم للتفكير الواقعي في أمور الحياة . وكلما كثر الإحباط في حياة الإنسان عوض ذلك بالإكثار من أحلام اليقظة day-dreams التي تعتبر تفكيراً خيالياً يتخيل فيه ما لم يتحقق في الواقع . يزيد هذا النوع من الخيال لدى المراهقين والأفراد الذاتويين autostics . أما في الذُهان psychosis فإن التفكير الخيالي يأخذ مكان التفكير الواقعي ، فيفقد المريض ارتباطه بالواقع ويعيش في عالم خاص من أفكاره الخيالية التي لا علاقة لها بالواقع .

الوُهـــام (الضـــلال)
delusion

الوُهَام اعتقاد خاطئ لا يمكن تصحيحه بالمناقشة ، ولا يتفق وخلفية المريض الثقافية والاجتماعية . ويجب أن نعرف الوُهَام كعلامة مرضية تدل على الذُهَان عن المعتقدات السائدة في المجتمع والتي يعتبرها أفرادالمجتمعات الأخرى خاطئة . فلا يمكن أن نصف بالوُهَام من يعتقد أن هناك من يسعى إلى قتله إذا كان يعيش في مجتمع ينتشر فيه الثأر وتحققنا من أهله أن ذلك أمر وارد بالنسبة له .

ومن أكثر الوُهَامات انتشاراً وُهَام الاضطهاد persecution ، حيث يعتقد المريض أن آخرين يسعون لإيذائه كما يحدث في الفُصَام ، ووُهَام العظمة delusion of grandeur ، حيث يعتقد

المريض أنه كبير المقام أو عظيم القوى شامل المعـارف كما يحدث في الهَوَس ، ووُهَام السرقة والخَرَف حيث يعتقد المريض أن أشياء قد سرقت من منزله بينما هو الذي نسي أين وضعها .

الاجترارات الوسـواسية
obsessional ruminations

تتـميـز الاجترارات الـوسواسـية obsessional ruminations بتـوارد أفكار لا يقبلهـا المريض الوسواسي ولكنها ترد في تفكيره رغماً عنه فيعطيـها ذلك صفة القسر ، وتتكرر بإلحاح حتى ولو قاوم المريض اجترارها .

وكثيراً ما يستسلم المريض ويكف عن مقاومـة هذه الأفكار رغم عدم رضاه عنها ، فينفذ محتواها حتى يـحصل على بعض الراحـة . مثـال ذلك وسواس التفـكير في النجـاسة الذي يؤدي إلى كـثرة الاغتسال ، ووسواس الشك folie de doute في قفل الأبواب أو الصنابير الذي يؤدي إلى فحصها عدة مرات للتحقق من قفلها .

أعـــراض وعلامـــات اختـــلال الذاكـــرة

تعتمد الذاكرة على تســـجيل المعلومات ثم الاحتـفاظ بها إلى حين الضرورة لتذكرها بالاستدعاء (الاستذكار) recall أو التعرف recognition . وتضطرب الذاكرة إذا كـان التسجيل رديئـاً كما يحدث في اختـلال الانتباه ، أو بـسبب ضعف القدرة على الإدراك أو الـتجريد . قد يكون اختـلال الذاكرة مستمراً أو على شكل فجوة في الذاكرة .

ويختلف اختلال الذاكرة المرضي ، كما يحدث في الخَرَف ، عن النسيان لدى الأسوياء من المسنين في أنه نسيان لأحداث بأكملها وليس للتفاصيل فـقط ، وهو منتشر في جميع الظروف ، ومستمر في كل الأوقات ، ولا يمكن مسـاعدة المريض على تذكر ما نسي ، بينما يستجيب الأسـوياء للمؤشرات التي تساعـدهم على التذكـر . كذلك فإن المريض قـد يعوض ما نسـي بالتزييف falisification أو التخريفات confabulation وهذا ما لا يفعله الأسوياء . ويتناول النسـيان المرضي الأحداث القريبة في بادئ الأمر ، إلا أنه يصبح شاملاً بمرور الوقت الذي يحيل الأحـداث القريبة إلى أحداث بعيدة ، ومع تقدم المرض الذي يزيل المزيد من تسجيلات الذاكرة .

وقد تحدث فجوات الذاكرة memory gaps بمؤثرات عضوية كإصابات المخ ، حيث تمتد الفجوة إلى ما قـبل وما بعد حـادث الإصابة لفترات تخـتلف حسـب شدة الإصـابة وفترة الفـقدان الكامل الوعي . في فترة الفـجوة العضوية بالذاكرة تتعطـل أو تضـطرب جميع الوظائف النفسية ، كـالانتباه

والإدراك والتفكير ، ويفـقد الفرد ارتباطه بالواقع فـلا يستطيع حماية نفـسه ، ولا يطلب الطعام ولا يهتدي إلى الزمـان والمكان والأشخاص من حوله ، وقد يـبـول أو يتغوط في غير الأماكن المخـصصة لذلك . أما فجوات الذاكـرة ذات المنشأ النفسي فإنها تعقب الاجهاد النفـسي ذي التأثر الصادم الذي يهز كـيان الفـرد أو كرامـته أو مكانتـه بين الآخرين ، ويتظاهـر بالانشقـاق (التفارق) فـي الذاكرة dissociated memory الذي يصل إلى زواله [illegible] بينما تظل وظائفه [illegible] الأخرى في حالة طبيعـية ، فهو ينتـبه إلى ما حوله ويدرك بيـئته على حقيـقتها ويتـحدث إلى الآخرين فيمـا يحدثونه ويحافظ على سلامته ومـأكله ونظافته أثناء الفترة التي يشعر أنه لا يتذكر شيـئاً عنها . ولذلك تساعد ملاحظة الآخـرين للمريض وتفـاصيل السوابق المرضـية على تمييـز هذا النوع من فجـوة الذاكرة عن فجوات الذاكرة العضوية المنشأ .

اختــلال الاهتداء إلى الزمان والمكان والأشخاص
disorientation for time, place and persons

كلنا نعلم الوقت والتـاريخ واليوم الـذي نعيش فـيه وأين نكون ومع من نتـعامل . ويختـل هذا الاهـتداء إلى الزمـن والمكان والأشخـاص disorientation for time, place and persons في الاضطرابات العـضـوية للمخ (وخـاصة الاضطرابات الحـادة) حيـث لا يستطيع المريض أن يعـرف الوقت ، فقد يظن أنه في المساء وهو في الصباح ، ولا يعي أنه في مستشفى ، ولا يعرف الأشخاص الذين يجب أن يعرفهم ، فلا يـعرف الممرضة من ربها وقد لا يعرف أهله . يبـدأ هذا الاختلال عادة في مجال الاهتداء إلى الزمان ، ثم يعقبه اختلال الاهتداء إلى المكان والأشخاص مع اشتداد المرض .

اختــلال النشــاط الحركي
motor activity disturbance

قد يختـل النشاط الحركي بـالزيادة على هيئة تململ أو هيـاج ، أو بالنقص في صورة التـباطؤ أو الذهول ، أو تحدث نشاطات حركية غريبة في قسمات الوجه أو بالتصنع mannerism ، أو النمطية stereotypy ، أو المعاندة negativism ، أو بطء الحركة .

التململ restlessness والهياج excitement

يظهر التـململ restlessness في تكرار حـركة أجـزاء الجسم كلـه دون هدف كمـخرج للتـوتر والضيق . ونلاحظ هذه العـلامة في القلق والاكتـئاب وكثيـر من الاضطرابات النفسية الحـادة . وقد

يصل ذلك إلى حد الهياج excitement حيث يؤدي النشاط الحركي المفرط إلى ايذاء المريض لغيره من الأشخاص والأشياء أو إيذائه لنفسه .

تباطؤ الحركة motor retardation والذهـــول stupor

نلاحظ تباطؤ الحركة motor retardation في الاضطرابات التي يحدث بها تبـاطؤ التفكير وفي الحالات الشـديدة يتافـقم التباطؤ إلى حـالة من الذهول stupor أو الدهشـة حيث يتوقف الـنشاط التفكيـري والحركي تقريباً ، رغم أن عـيني المريض منتبهتـان وأن إفاقته كـاملة . يحدث هذا الذهول النفسي في بعض الحالات الشديدة للفُصَام والاكتئاب والانشقاق (التفارق) dissociation

النشــــاط الحركي غير الطبيعي
abnormal motor activity

يأخذ النشـاط الحركي غيـر الطبيعي صـورة حركات غريبـة . قد يؤدي ذلك إلى حركـة انقلاب قسـمات الوجـه (التكشـير) grimaces أو اتباع أسلوب الـتصنع mannerism في أداء النشاط الحركي الهادف المعـتاد ، كأن يتبع المريض أسلوبـاً غريباً في مشيـته أو في تناول الأشياء . كـما قد يظهر النـشاط الحركي الشــــاذ في نمطية stereotypy الحركات الـتي تتكرر بنفس الطريقة أو نفس القالب دون أن تؤدي هدفـاً . وقد يرفض المريض القـيام بما يطلب منه القـيام به أو يقوم بخـلافه أو نقيضه فيما يعرف بالمعاندة negativism . كذلك قد يحاكي المريض حركة الآخرين أمامه فيما يعرف بالأداء الصَّدَوي echopraxia . ويعتبر الفُصَام أهم مرض نلاحظ فيه جميع هذه الأنواع من النشاط الحركي غير الطبيعي.

أعـراض وعلامات اختلال الحكم على الأمور

يختل حـكم المرضى على ما يحـيط بهم من أحداث وأشيـاء في الاضطرابات الذُهَانية والـتخلف العقلي بســبب عــدم ارتباطهم بالواقع الذي يعيـشون فيه . يخطئ المريض في تقـديره لما يحدث في بيئته ، فلا يستطيع الحكم على خطورة موقف أو احتياط ضروري . وتـختل قدرته على ربط الأسباب بالنتائج ، فلا يسـتطيع توقع النتائج كما يتوقـعها الأسوياء في أي موقف يعـرضون له ، ولذلك فإن هؤلاء المرضى غير قادرين على تدبيـر وتصريف شؤونهم بأنفسهم ، وكثيـراً ما يخطئون في حكمهم على أنفسهم وعلى حالتهم الصحـية ، حيث تغيب بصيرتهم insight بسبب وجود المرض لديهم ، ولا يقبلون حكـم الآخرين عليهم بأن لديهــم مرض نفسي ، فـيرفضــون العلاج لقلة بصـيرتهم في أمورهم الصحية .

فـن المقابلـة
(الزيـارة الطبية)

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل حداد

تعريـف المقابلـة

المقابلة Interview في الزيارة الطبية هي نوع من التـواصل اللفظي يتعلـق بشخصين يـقوم كل منهما بالتكلم والاستماع من حين لآخر .

الفـرق بين المقابلة والمحادثة العاديـة

1 ـ هناك دائماً هدف معين للمـقابلة وهو الوصول إلى التشخيص المرضي أو مـعالجة المريض ، بينما تتم كثير من المحادثات لأسباب اجتماعية متفاوتة ودونما هدف معين .

2 ـ للمقابلة تركيب خاص يتكون من أجزاء محددة ، بـينما المحادثة تفتقر إلى ذلك العنصر ، وعـادة ما تكون غير محددة .

3 ـ التحكم . تسير المقابلة وتوجه إلى غرض محدد بينما لا يُطلب ذلك في المحادثة .

المقابلـــة الطبيـــة (الزيـــارة الطبيـــة)

المقابلة الطبية هي المقابلة التي تتم بين الطبيب والمريض وتتلخص كما يلي :

عند مقابلة المـريض ، فإن مهمة الطبـيب هي التصرف بالطريقة التي تجـعل المريض يثق به وتجعله يفصح عن شكواه ، كما أن عـليه الحصول على التاريخ المرضي (السيرة والسـوابق المرضية) لمشكلة المريض بدقة وعناية ، وفي الطب النفـسي يقوم الطبيب بفحص الحـالة النفسية للمريض ، وغـالباً ما يتبع ذلك فحص طـبي عام على أجهزته المختلفـة . وقبل إنهاء المقابلة يجب على الـطبيب أن يشرح للمريض تصوره عن مشكلته المرضية ، والتشخـيص المحتمل لحالته ، وأن يناقشه في الخطوات التالية التي يزمع أن يقوم بها من فحوصات طبية وعلاج ومتابعة

مشـاكل المقابلـة الطبيـة

أفدت دراسة الأداء الطبي لطلبة كليت الطب في سنوات تدريبهم السريرية ، بل وكذلك لبعض الأطباء المدرسين أثناء مقابلاتهم لمرضاهم ، أن هناك بعض الصعوبات وكثيراً من نقاط الضعف في هذه المقبلات ، أهمها :

1 ـ عدم الحصول على التاريخ (السيرة والسوابق المرضية) للحالة الحاضرة بالتفصيل .

2 ـ عدم استكشاف الجوانب الاجتماعة والنفسيه لمرضاهم .

3 ـ إساءة استخدام الوقت المتاح ، وتبديده في تكرار لا داعٍ له لبعض الأسئلة التي تغطي معلومات سبق الحصول عليها .

4 ـ تجنب بعض جوانب حياة المريض الخاصة مثل أمور الزواج والجنس ، وحتى عندما يتطوع المريض بالإدلاء ببعض المعلومات المتعلقة بهذه الجونب ، فإنه غالباً ما يقوم الطبيب بتحويل مجرى الحديث إلى موضوع أخر محايد .

5 ـ إهمال نظرة المريض تجاه مرضه ، والأثر الذي يخلفه المرض على حية المريض وذويه .

6 ـ توجيه المريض منذ بداية المقابلة تجاه موضوع محدد ، وتحديد إجاباته بحيث تكون رداً على أسئلة الطبيب بنعم أو بلا ، بدون ترك الحرية له لكي يقدم شكواه كاملة .

7 ـ ترك الحرية المطلقة للمريض في تقديم الشكوى بحيث يتطرق إلى مواضيع غير هامة وغير مفيدة با[illegible]ة المشكلة المرضية

8 ـ النظر إلى الساعة لمتابعة الوقت ، مما يتسبب في إيذاء شعور المريض وشعوره بالإحراج .

9 ـ عدم دقة المعلومت التي يحصل عليها طالب الطب أو الطبيب من المريض .

10 ـ عدم [illegible] ما يقصده المريض ببعض التعبيرات التي قد يكون لها معنى مغاير لدى المريض عما يفهمه الطبيب .

11 ـ التركيز على الأعراض المتعلقة بالمشاكل الجسمية ، وبجاهل الاعرض النفسية .

12 ـ إهمال أو تجاهل إيماءت التواصل غير اللفظي (تعبيرات الوجه ، نظرت العين ، إشارات اليد ، وضع الجلوس ، النشاط الحركي .. إلخ) على الرغم من أنها قد تفصح عن الكثير عما يدور أو يعتلج في صدر المريض وذهنه .

13 ـ صياغة الأسئلة الموجهة إلى المريض بطريقة معقدة ، أو أطول من اللازم ، بحيث يصعب على المريض فهم المقصود من السؤل .

14 ـ عدم تعريف الطبيب بنفسه (بذكر اسمه ووضعه الوظيفي) والغرض من الزيارة .

15 ـ عدم التوفيق بين تدوين الملاحظات والاهتمام بالمريض من خلال التواصل البصري مع المريض أثناء المقابلة .

16 ـ الشعور بالملل أو اتخاذ موقف عدائي . وتوجيه أسئلة استفزازية للمريض مما يترك أثره على العلاقة بينهم

أصول المقابلة (الزيارة الطبيـــة)

1 ـ إطـــار المقابلـــة (الزيارة الطبية)

إن التحدث إلى المريض عبر المكتب أو من على كرسي مرتفع يولد شعوراً بفارق اجتماعي ، مما يجعل المريض متحفظاً في علاقته مع الطبيب وغير مقبل عليه ، كما يجب المحافظة على مسافة مناسبة ، حيث أن كلاً من اختراق المسافة الشخصية للمريض أو البعد عنه بمسافة كبيرة تؤثر سلباً على سير المقابلة .

ويجب على الطبيب أيضاً أن يراعي احترام خصوصية المريض أثناء المقابلة ، وكذلك عدم الانشغال بمكالمات هاتفية أو التشويش بأصوات أجهزة النداء .

2 ـ بدايـــة المقابلـــة (الزيارة الطبيـــة)

عند دخول المريض يجب أن ينهض الطبيب واقفاً وأن يتحرك نحوه مصافحاً محيياً إياه ، ذاكراً اسمه ولقبه .

ثم يشير بوضوح بالكلمة وبإشارة اليد إلى المكان الذي يرغب أن يجلس فيه المريض .

ثم يجلس الطبيب متخذاً وضعاً يوحي بالاهتمام والود ، ويذكر الغرض من المقابلة .

كما يجب أن يذكر بوضوح الوقت المتاح لهذه المقابلة .

ويجب أن يوضح أيضاً أنه يرغب في أن يدون بعض الملاحظات كي تساعده على تذكر ما يتم في هذه المقابلة ، مع التأكيد بأن أية مواد مدونة ستخضع للسرية التامة .

3 ـ استخلاص المعلومات

يجب البدء باستخدام الأسئلة المفتوحة والعامة مثل :

- حدثني عن المشكلة .
- أخبرني عن بداية القصة .

وإذا استخدم المريض اصطلاحات معينة ، أو كلمات ذات مدلولات متعددة فيجب استيضاح المعنى الذي يقصده بدقة ووضوح .

ولتشجيع المريض على الاستمرار في مجرى الحديث هناك طرق التسهيل اللفظي كأن يقول له الطبيب .

- استمر ، حسناً . إلخ .

وطرق التسهيل غير اللفظي أيضاً مفيدة ، كأن يهز الطبيب رأسه أو يشير بيده للاستمرار .

وقد يجد الطبيب صعوبة في الجمع بين هذه الأمور ، وتدوين الملاحظات في وقت واحد ، ولكن يتم التغلب على تلك الصعوبة إذا حرص الطبيب على أن ينظر إلى المريض عند نهاية كل مقطع من كلماته .

وإذا ما انتقل المريض إلى موضوعات فرعية وغير متعلقة بالموضوع الأساسي فيجب على الطبيب أن يقطعه برفق وكياسة ويعيده مرة أخرى إلى الموضوع الرئيسي .

ويجب تشجيع المريض على أن تكون معلوماته محددة ودقيقة ، بأن يعطي تواريخاً للحوادث التي يذكرها ، أو يعطي أمثلة حقيقية لما يقول ، أو يصف يوماً عادياً تقليدياً في حياته اليومية ، وهكذا .

ومن الأمور التي يجب على الطبيب أن يلاحظها ولا يغفلها الإشارات غير اللفظية ، كالتغير في نبرات الصوت عند الحديث عن موضوع معين ، أو التغير في تعبيرات الوجه أو اتخاذ وضع معين في جلسته ، عند ذلك يجب على الطبيب أن يعلق مثلاً :

- إنك تبدو غاضباً ، أو إنني أرى الدموع في عينيك ... إلخ .

4 ـ المراجعة

عندما يشعر الطبيب أنه انتهى من الحصول على التاريخ المرضي يجب عليه أن يستعرض تلخيصاً سريعاً لمشكلة المريض ، معقباً على ذلك بسؤال استقصائي .

« هل هناك شيء آخر تريد أن تضيفه ؟ هل أنت متأكد ؟ » .

وذلك لتدارك أي أمر هام يكون المريض قد نسي ذكره أو لم تواتيه الشجاعة للتحدث عنه في مرحلة سابقة .

5 ـ الشـــرح والبيـــان

بعد انتهاء الطبيب من الحصول على السوابق والسيرة المرضية (التاريخ المرضي) ، وفحص الحالة النفسية والفحص الجسمي العام ، يجب أن يشرح للمريض التشخيص المحتمل لحالته ، والخطوات التالية التي ينوي القيام بها ، ويجب أن يتم ذلك باستخدام لغة بسيطة واضحة يستطيع المريض أن يفهمها ، وفي حالة وصف أدوية يجب ذكر سبب ذلك ، وشرح الآثار الجانبية المحتملة ، والتأكد من أن المريض قد استوعب تماماً تفاصيل تعاطيها من حيث الجرعة ووقت تناول الدواء ومدة تعاطيه ، وذلك من خلال الطلب من المريض إعادة تعليمات استعمال الدواء مرة أخرى .

6 ـ إنهـــاء المقابلـــة

يتم ذلك بجملة ختامية من الطبيب يذكر فيها تاريخ وموعد المقابلة (الزيارة) التالية

« ـ حسناً ، إذا لم يكن لديك أسئلة أخرى ، أعتقد أننا يمكننا أن ننهي المقابلة الآن ، وآمل أن أراك مرة أخرى في خلال اسبوعين ، (ويذكر اليوم ... ، الساعة) بإذن الله .

التدريب على فـن المقابلة (الزيارة الطبية) في مجال الطب النفسي

يرى الدكتور ماجوير ، وهو من أبرز من أجروا دراسات على فن المقابلة الطبية (الزيارة الطبية)، أن المقابلة الطبية (الزيارة الطبية) عـامة ، وفي مجال الطب النفسي خاصة ، تحتاج إلى تدريب منهجي ، ويجب أن تشتمل على العناصر التالية :

1 ـ المخطـط التفصيلـي

يجب أن يحصل المتدرب على مخطط تفصيلي موضح فيه المجالات التي يجب تغطيتها ، والأسئلة التي تستخدم للحصول على المعلومات المطلوبة ، وكذلك الأسلوب الذي يجب استخدامه عند توجيه هذه الأسئلة ، وقد يستفيد المتدرب من التعامل مع المرضى كي يلاحظ نوعية الأسئلة والمهارات المطلوبة لإنجاح المقابلة ، ومن الممكن أن يتم ذلك إما بالمتابعة المباشرة عن طريق دائرة تلفزيونية مغلقة ، بعد استئذان المريض ، أو عن طريق مشاهدة أفلام فيديو تعليمية معدة خصيصاً لهذا الغرض .

2 ـ التدريـــب المتدرّج

بعد أن تتـضح للمتدرب الأمور النظريـة المطلوبة ، يجب أن يبدأ التطبيق بالتـدريب على جوانب معينة ومحددة في المقـابلة النفسية ، كأن يبدأ بالتدرب على الحصـول على السوابق والسيرة والسوابق المرضـية (التـاريخ المرضي) للحـالة الحضـرة ، وفي مناسـبـة أخرى على (التـاريخ) لشخـصي للمريض ، أو فـحص الحالة النفسيـة وهكذا .. والغرض التدريب في اختيار المرضى المتـعاونين والابتعـاد عن الحالات الصـعبة ، ويجب على المتـدرب أيضاً أن يحـدد وقتاً مـعيناً لمقـابلة أثنـاء التدريب ، حتى يتضح له كيفية استـغلاله لاقتصاديات الوقت مع المحافظة على الألفة مع المريض في نفس الوقت .

وينصح أيضاً بتسـجيل هذه المقابلات التدريبية على أشـرطة فيديو ، أو أشرطة كاسيت سـمعية ، وذلك لمراجـعة الأداء مع المشـرف أو الأستاذ الذي يـقوم بتدريـبه . وعادة مـا يتجـاوب المرضى مع المتدربين إذا ما شرحت لهم الأسباب بطريقة لبقة .

3 ـ التقييـــــم بالمراجعـــة

هو التقييم عن طريق مراجعة تسجيل المقـابلة على شريط الفيديو أو شريط الكاسيت لملاحظة سير المقابلة ، ولشـريط الفيديو ميزة إضـافية حيث أنه يوضح جـوانب التواصل communication غير اللفظي بين الطبيب والمريض أثناء المقابلة

4 ـ الإشـــــراف

لاشك أن المتدرب يستفيد كثيـراً من تطبيق الخطوات السابقة ، وفي أثناء ذلك يتلقى توجيهات ممن يشرف على تدريبه ، وذلك بمتابعته أثناء التدريب ، وتنبيهه على نقاط ضعفه ونقاط قوته ، وتوجيهه إلى الخطوات والوسائل التي تجعل مقابلاته في المستوى الأفضل .

الخلاصــــة

قد يعاني معظم الأطباء النفسيين ، مثلهم مـثل باقي الأطباء ، من قصور في مهاراتهم السريرية . وبعض هذه المهارات ، كفن الزيارة الطبية (المقـابلة) ضـرورية جداً بالنسبة للطبيب النفسي ، ومن الممكن التـدريب على هذه المهـارات . والطبيب النفـسي المتـدرب على هذه المهارات هو أقـدر على تشخيص المرض النفسـي من غيره ، لذا يجب الاهتمام بإدخال علم الزيارة الطبـية (المقابلة) ضمن البرنامج التـدريبي للأطباء النفسـيين أثناء سنوات تدريبهم وبالطريقة التي تكفل الأداء الأمـثل لهؤلاء الأطباء .

التَّدَرُّج في التشخيص التفريقي

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تتداخل معظم الأعراض النفسية ضمن الأمراض العضوية وأمراض الطب النفسي . فقد تظهر كل أعراض الاكتئاب أو الهَوَس مع قصور الدرقية أو فرط نشاط الكظر ، وقد تطغى أعراض القلق على أعراض نقص سكر الدم أو ورم القواتم pheochromocytoma أو تدلي الصمام الميترالي mitral valve prolapse ، و يصاحب الأمراض الروماتزمية أو الصرع أعراض ذُهَانيه أو وُهَامية ، بل إن كثيراً من اضطرابات لاستقلاب (الأيض) metabolism ، مثل فشل الكلية أو الكبد أو القلب أو لرئة تبدأ بالأعراض النفسية وتصل أحياناً إلى مرحلة الهذيان من هياج وهلاوس واضطراب الذاكرة . ولذا كان على الطبيب أو الممارس العام أن يلم بنظام يتبعه حتى لا يفوته لتشخيص الصحيح ، وقد وجد أن هذا النظام يتدرج بدءاً بالأمراض العضوية وينتهي باضطرابات الشخصية .

1 ـ الأمراض العضوية

organic diseases

يجب أخذ السيرة والسوابق المرضية (لتاريخ) بالشكل الوافي من المريض ، وفحصه جسدياً بحثاً عن مرض عضوي organic disease وسؤاله عن أي أمراض عضوية سابقة ، حتى إذا كانت شكواه أساساً من أعراض نفسية ، فحالة الهَذَيَان مثلاً قد تكون ثانوية لنقص الأكسجين سواء من مرض في الرئة أو القلب ، أو ثانوية لاستعمال الأدوية المختلفة التي تستعمل في الرعاية المركزة أو في علاج الأمراض الخبيثة ، أو بعد استعمال المواد لكحولية أو المخدرة . وقد يأتي المريض في حالة هياج أو هَوَس أو توتر أو هلاوس سمعية وبصرية ، أو ضلالات وخيالات ، ويتخلل ذلك تشوش في الوعي وفي معرفة الزمان والمكان ، وهذه الأعراض الأخيرة تميز بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية التي عادة ما يكون الوعي فيها في حالة سوية ، وبالطبع سيتجه العلاج إلى السبب الأولي .

2 ـ الفُصَام schizophrenia والعُصَاب الوُهَامي (الضّلالي)

delusional neurosis

قـد تبدأ هـذه الأمراض بأعـراض القلق ، والتـوتر ، والاكـتئـاب ، والهَـوَس ، والوسـواس ، والانعزال وتوهم المرض . ولذا يجب البحـــث عن الاضطرابات في الإدراك من هلاوس ووهـــام (ضلال) ، أو اضطرابات التفكير ، والـتدهور في الدراسة أو العمل ، وتغير الشخـصية ، حتى لا تشخص هذه الحالة وكأنها من الاضطرابات التي تنبها .

3 ـ اضطرابات المزاج (الوجدان)

mood (affective) disorders

يصاحـب هذه الاضطرابات أعراض عـصابية مـثل القلق ، التـوتر ، النزق ، الهبـوط الحركي ، النشاط الزائد ، الوساوس القهرية ، الإعياء النفـسي ، ولكل منها علاج مختلف ، ولذ يجب التأكد من استبعاد هذا الاضطراب أولاً ، خصة أن اضطرابات المزاج قـد تكون مستترة أو مقنعة تحت غطاء الأعراض النفسية .

4 ـ الاضطرابات العصابية والانفعالية التالية للكرب

post-stress neurotic and emotional disorders

وكما ذكرنا سـابقاً يحتمل أن تظهر هذه الأعراض مع الأمراض العـضوية ، أو اضطرابات الفُصَام أو اضطرابات المزاج ، فإن لم تكن ثانوية للمتلازمات السابقة ، فهنا تستطيع التشخيص أنها اضطراب عـصـابي أولي ، فـمـثـلاً العـصـاب المراقي (توهم المرض) hypochondrial neurosis (أي الشــكوى من أعراض بدنيـة دون وجود علامات أو مرض عـضوي) ، يحتمل أن تكون مصـاحبة لمرض عضـوي مثل تصلب شرايين المخ أو الصرع وقـد تكون ثانوية لمرض الفُصَام أو الاكـتئاب أو الهَوَس ، إلى جانب احتمال أن تكون اضطراباً عصابياً أولياً .

5 ـ اضطرابــات الشــخصية

disorders of personality

إذا كان الشـخص يعاني من أعراض مخـتلفة ، واستـبعدنا المجمـوعات الأربعة السابقـة ، وكان الاضطراب منذ الطفولة أو المراهقـة مع الصعوبة في التكيف مع المجتـمع والعمل والأسرة ، وسلوك

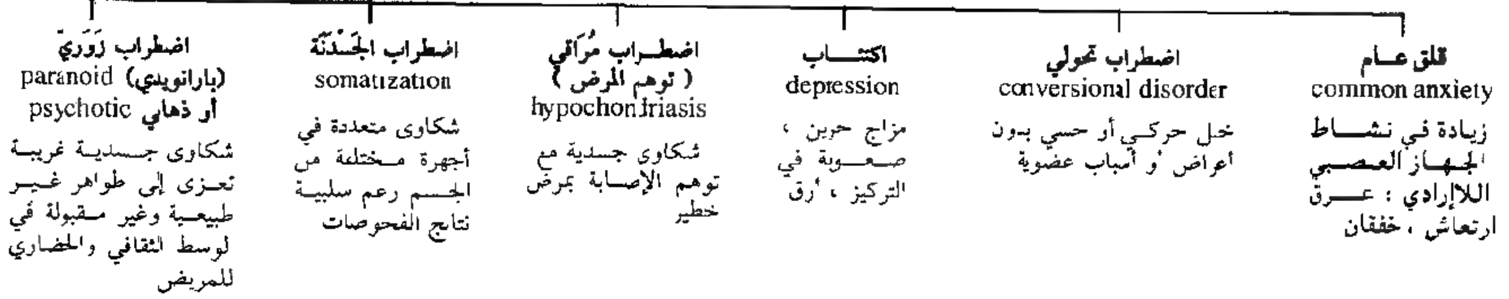
مخالف لتقاليد المجتمع ، فإن التشخيص يكون متواكباً مع اضطرابات الشخصية ، مثل الشخصة الذاتوية autistic ، أو الاكتئابية ، أو القهرية ، أو الهيستيرية ... إلخ .

ونلاحظ في هذا التدرج قيمة التشخيص الفريقي حيث تشترك الأعراض العصابية والذُهَانية في كل هذه المتلازمات ، ويجب أن يكون التشخيص والعلاج تابعاً من هذا لتدرج .

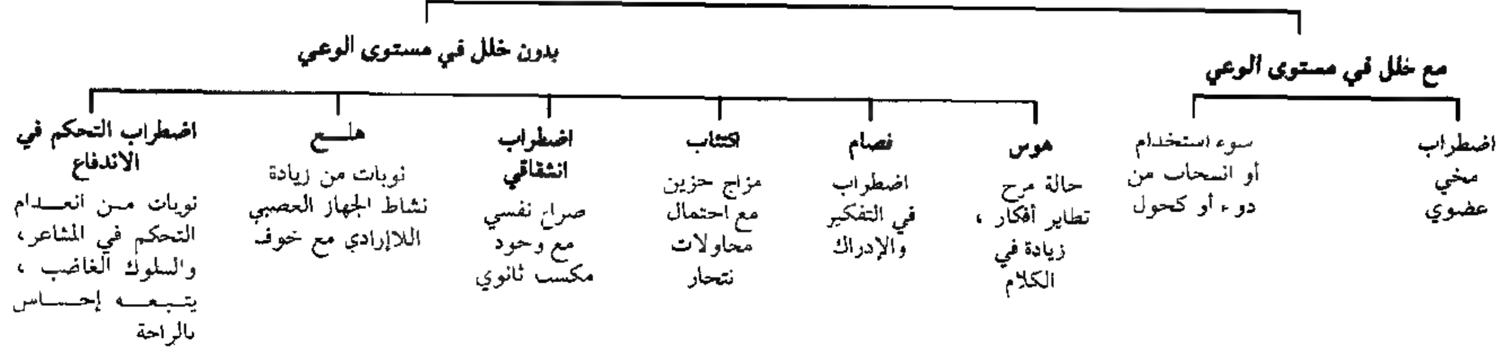
وفي الحالات المختلطة الأعراض يكون التشخيص هو لاضطراب الأسبق في هذا التدرج ، رغم ما يشوبه من أعراض اضطرابات تالية في التدرج . فإذا كان لدى المريض أعراض فُصَامية وأعراض مزاجية يكون التشخيص اضطراباً فُصَامياً تشوبه أعراض مزاجية ، ولا يجوز أن يكون التشخيص في هذه الحالة اضطراباً وجدانياً تشوبه أعراض فُصَامية ، لأن اضطرابات الفُصَام تسبق اضطرابات المزاج في التدرج التشخيصي .

تَدَرُّج مجريات التشخيص التفريقي (1)

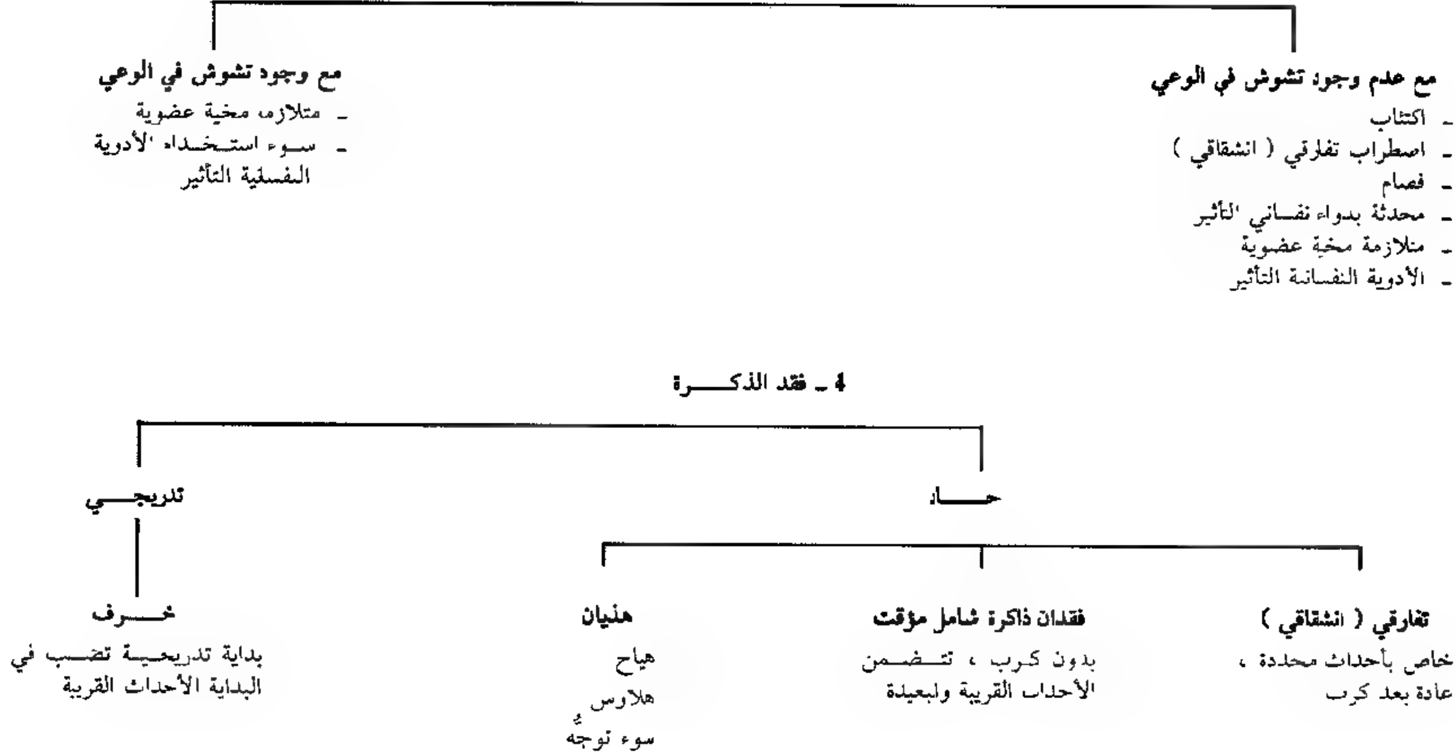
1 ـ أعراض جسدية بدون أسباب عضوية



2 ـ حالات الهيـاج excitement

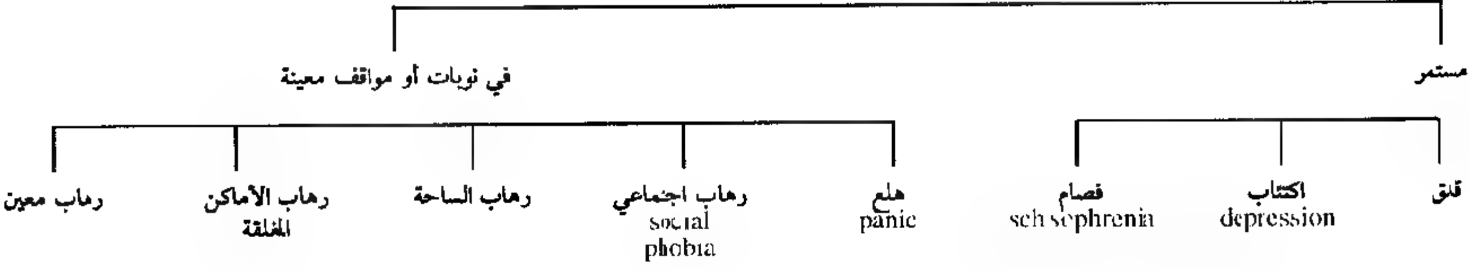


تدرّج مجريات التشخيص التفريقي (2) تابع

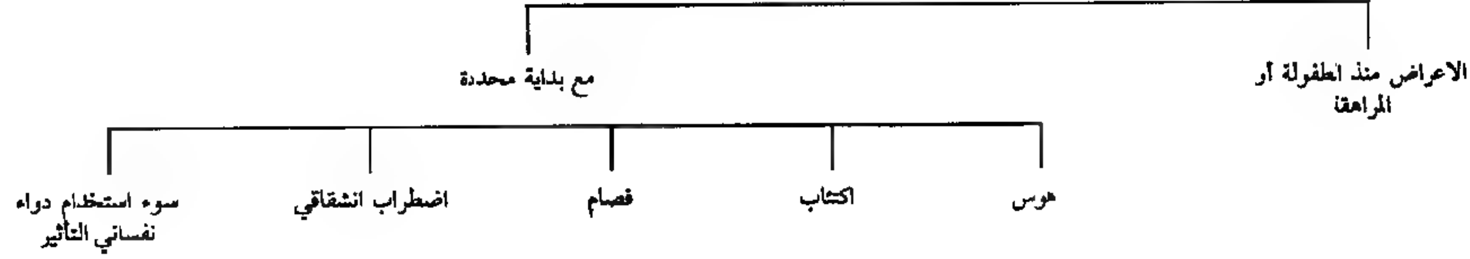


تَدَرُّج مجريات التشخيص التفريقي (3) تابع

5 ـ رُهاب phobia



6 ـ سلوك شاذ وتبدل في الشخصية بدون سبب عضوي



مقدمـــة عن التصنـيـف
وتجربة التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

مقدمـــة

يعتبر تصنيف Classification الأمراض النفسية من المهام الخطيرة التي شغلت الأطباء النفسيين وقتاً طويلاً وحتى الآن ، ويرجع ذلك للأسباب التالية :

1 ـ إن الحد الفاصل بين الصحة والمرض النفسي هو حدّ غامض في غالب الأحيان ، حيث لا توجد مقاييس محددة نقيس بها درجات وأنواع البعد عن الحالة السوية ، وبالتالي لن يكون من السهل وضع التصنيف ، (وذلك واضح في فصل مفهوم الصحة والمرض)

2 ـ إن ممارسة الطب النفسي وبالتالي تصنيف الأمراض النفسية تختلف من بيئة لبيئة ومن ثقافة لثقافة

3 ـ إن هناك تداخلاً بين ما يتعلق بالمرض النفسي وما يتعلق بالأخلاق وما يتعلق باختراق للقانون (الإجرام) بحيث توجد مناطق غامضة بين كل فئة من هذه الفئات والأخرى .

4 ـ إن وصف الأعراض ووصف كل مرض لم يُتَّفق عليه بشكل يسمح بالتعميم العملي .

5 ـ إن هناك مناطق تداخل كثيرة وواسعة بين كل فئة والفئة الأخرى .

6 ـ إن اللغة العلمية المستعملة في التشخيص والتصنيف هي لغة فضفاضة لم تتحدد بشكل نهائي متفق عليه بعد .

التشـــخيص والتصنيـف وصياغـة الحالـة

على أنه ينبغي الفصل ابتداء بين كلٍّ من التصنيف والتشخيص وصياغة الحالة .

فالتصنيف هو علم تقسيم الأمراض إلى فئات نوعية متميزة .

والتشخيص هو محاولة وضع لافتة محددة ، باسم معيّن (بالإضافة إلى أبعاد أخرى) لحالة بذاتها في وقت الفحص أو التقرير ، وهذه اللافتة تؤخذ عادة من نظام تصنيفي محدد .

أما صياغة الحالة فهي عملية متكاملة أكبر من التشخيص ، لكنّها تشمله وتبدأ منه ، يقوم بها فاحص بذاته ، لتمييز وترتيب المعلومات الخاصة لكل حالة على حدة بما يفيد الإجراء الواجب اتخاذه بشأنها في الممارسة العملية .

نبـذة عن تجربة التصنيف الدولي للاضطرابـات النفسـية

لما كان الأمر بهذه الصـعوبة والتداخل ، فقد أدركت منظمة الصحة العـالمية من قديم ، وهي تُعدّ التصنيف الدولي للأمراض وأسبـاب الوفيات ، أدركت هذه الصعوبة بالنسبة للأمراض النفسية بوجه خاص . وحتى المراجعة التـاسعة للتصنيف كانت تذكر الأمراض النفسية بأسـمائها دون دليل مشروح خاص ، باستثناء المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي التي اشتملت على دليل مفصل بالشروح . مناسب للأمراض النفـسية والعـقلية ، أسوة بالتصـنيف الأميركي الأول والثاني ، ثـم تصور هذا الدليل حتى ظهرت معالمه المميزة في المراجعة التاسعة للتصنيف .

غير أنه في المراجعة التاسعة للتصنيف كـان التصنيف يشمل وصفاً عاماً دون تحديد رواميز codes منظمة ومرتبة بشكل ترتيبي تحدد وتصنف معالم وماهية كل مرض . فبدأت المحاولة العظيمة الأخيرة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي تميّز بما يلي :

أولاً : استغرق مدة طويلة لإنجازه وشارك فيه معظم المهتمين من كل أنحاء العالم .

ثانياً : أجريت تجارب متـعددة في حقل الممارسة السريرية للتحقـق من ملاءمة المسودات الواحدة تلو الأخرى .

ثالثاً : ظهر في شكل ثلاث صور عملية ، أهمها بالـنسبة لهذا الكتاب الصورة المبسطة التي سوف تستعمل في الرعاية الصحة الأولـية ، ثم صورة متعددة المحاور اهتمت بالفروق الثقافية والبيئية ودرجة الإعاقة جنباً إلى جـنب مع الرواميز الوصفية التشـخيصية ، ثم صورة للرو مـيز التشخيصـية لصالحة للبحث العلمي .

رابعاً : إن الاتفـاق كاد يتم على عـدم تغيـير هذا التـقسيم لمدة قـد تزيد على عشـر سنوات بما سيسمح له بالاختبار الجيّد على مستوى العالم .

إشـــارة إلى صورة التقسيم الخاصة بمستوى الرعاية الصحية الأولية

قسمت الأمراض النفسيـة في هذه النسخة إلى ثماني فئات categories بالإضافة إلى فئة أخرى هي فئة « أمـراض أخرى others » ، وتشمل :

(1) الاضطرابات الخاصة بالأطفال والمراهقين ،

(2) التخلف العقلي ،

(3) المشاكل المتعلقة بالكحول والعقاقير ،

(4) الاضطرابات النفسية العضوية ،

(5) الاضطرابات الذُهَانية وتشمل الفُصَام والهَوَس والاكتئاب الشديد ،

(6) ،ضطرابات القلق والاضطرابات المتعلقة بالكرب والشكاوي الجسدية ،
(7) اضطرابات لشخصية واضطرابات السلوك .
(8) قائمة بالمشاكل (مثل مشاكل النمو ، مشاكل الجنس)
(9) ىشـــخيص غير نهائي (لم يتصح بعد) .

الاضطرابات النفسية
في سن الطفولة والمراهقة

الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين

الأستاذة الدكتورة سهام راشد

الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

يشكل الأطفال ، الذين لم تتجاوز أعمارهم 15 عاما ، في معظم دول المنطقة العربية حوالي 40% من السكان .

والاهتمام بالمشاكل النفسية لطفل (وبالذات الطفل لعربي) ، غير متوفر . ويرجع السبب غالباً إلى الاهتمام بالجزء العضوي فقط من جهة ومن جهة أخرى إلى عدم اللجوء للطب النفسي لأنه يعتبر وصمة .

تعتبر المشاكل النفسية في سن الطفولة والمراهقة كثيرة ، وبعض منها مميز لهذه المرحله العمرية مثل التخلف العقلي ، بعض المشاكل السلوكية ، والبعض الآخر تكون لعوامل الاجتماعية فيه ذات أثر على الحالة النفسية للطفل ، مثل صعوبات التعلم في المدارس . حيث أن الطفل في حالة نمو جسدي ونفسي وطرق التعامل السليمة مع الطفل من أهم المؤثرات التي تساعد في التغلب على الأزمات النفسية خلال هذه المرحلة العمرية .

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية التي تواجه الطفل والمراهق كالتالي :

1 ـ اضطرابات معرفية cognitive : التخلف العقلي .

2 ـ اضطرابات سلوكية behavioral: التبول اللاإرادي ، النشط الزائد ، تشتت الانتباه ، الجنوح .

3 ـ اضطرابات انفعالية emotional : القلق والاكتئاب والرُهاب .

4 ـ اضطرابات النماء development : صعوبات التعلم .

أولاً : الاضطرابات المعرفية
cognitive disorders

التخلف العقلي
mental retardation

تعريـــف

التخلف العقلي mental retardation أداء ذهني أقل من المتـوسط بكثيـر بالإضافـة إلى خلل ملحوظ في قدرة الشخص على التركيز مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية .

صفات المتخلف عقلياً

- بطء في الاستجابة .
- عدم القدره على الفهم السريع .
- عدم القدرة على اتخاذ قرار .
- صعوبة في التركيز .
- يبدو سريع الملل .
- صعوبة في التآزر الحركي .
- صعوبة في التذكر .
- تسهل إثارته في بعض الأحيان .
- تأخر في النمو .
- في أثناء الدراسة يبدو مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل .

كيفيـــة قياس التخلف العقلي

يقاس التخلف العقلي بعمل اختبارات ذكاء وقيس حاصل الذكاء (I.Q.) كالتالي :

$$\text{حاصل الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ويساوي حاصل الذكاء للطفل العادي من 90 إلى 110 ، ولبطيئي الفهم من 70 إلى 90 .

والأطفال بطيؤو الفهـم يستمرون في المدارس العادية ، ولا يحولون إلى مـدارس خاصة للتخلف العقلي (المدارس الخـاصة بالمعوقين) . إلا أنـهم يحتاجـون إلى رعاية خاصـة في المدارس العادية ، حيث أن إمكانيتهم في التحـصيل والتعلم تكون محدودة ، ودائماً يحتاجون إلى مـساعدة للفهم حتى لا يصابوا بالإحباط frustration نتيجة لعدم قدرتهم على مـجاراة باقي تلاميذ الصف في الدراسة ، حتى لا يصابوا بأمراض نفسية نتيجة لهذا الاحباط .

ما هي درجات التخلف العقلي

يصنف التخلف العـقلي حسب التصنيف الدولي لمنـظمة الصحة العـالمية إلى أربع مجمـوعات ، حسب نتيجة اختبار الذكاء :

- تخلف عميق profound : حاصل الذكاء (0-19)
- تخلف شديد severe : حاصل الذكاء (20-34)
- تخلف متوسط moderate : حاصل الذكاء (35-49)
- تخلف بسيط mild : حاصل الذكاء (50-70)

وهناك فروق بين فئات التخلف العقلي المختلفة وهي موضحة في الجدول التوضيحي المرفق :

ما هي أســباب التخلف العقلي

أسباب التخلف العقلي عـديدة ، ونسبة كبيرة منها قابلة للوقاية والعلاج المبكّـر ، ويمكن تجميعها إلى :

أ ـ أسباب أثناء الحمل :

إصـابة الأم الحامل خـلال الشهـور الأولى من الحمل بأي مـن الأمراض المعـدية والتي تؤثر على

درجات التخلف العقلي

درجة التخلف	تخلف بسيط	تخلف متوسط	تخلف شديد	تخلف عميق
النسبة الكلية من المصابين بالتخلف العقلي	%80	%12	%7	%1
حاصل الذكاء	70-50 قابل للتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	49-35 يمكن أن يتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	34-20 غير قابل للتعلم في المدارس	أقل من 20 غير قابل للتعلم في المدارس
في مرحلة ما قبل المدرسة	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية في سن ما قبل المدرسة	يستطيع الكلام والاتصال بمن حوله لكن بدرجة أقل من أقرانه في نفس السن	توجد دلائل واضحة على تأخر النمو الحركي وبعض التأخر في الكلام	النمو بطيء جداً في الجهاز الحركي والحسي
في مرحلة السن المدرسي	لا يفترق كثيراً عن الأطفال الآخرين في نفس السن ماعدا قدرته على التحصيل فهي لا تزيد على نهاية المرحلة الابتدائية	يستطيع الاستفادة من التدريب في المدرسة ويستطيع اكتساب بعض المهارات في العمل	يمكن تعليمه الكلام ويستطيع تعلم مبادئ النظافة والصحة	النمو الحركي يستمر ويمكن أن يستجيب لبعض التعليمات من النظافة الشخصية
في الكبر	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية بسهولة وبعض الأعمال الحرفية	تحصيله الدراسي لا يتعدى الصف الثاني الابتدائي يستطيع الاعتماد على النفس مع القدرة على أداء بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى مهارات في العمل	يستطيع أداء بعض الأعمال البسيطة لكن تحت إشراف مباشر	العناية بالنظافة الشخصية يمكن أن يكتسبها لكن في حدود بسيطة
عند التعرض للضغوط	يمكن أن يحتاج إلى إرشاد وتوجيه	دائماً في حاجة إلى إرشاد وتوجيه	مراقبة دائمة	تحت رعاية خاصة

الجنين، مثل الحصبة الألمانية والزهري syphilis ، وفي بعض الأحوال النادرة قد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن داء المقوّسات toxoplasmosis .

- تعاطي الأم الحامل بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية والمهدئات الصغرى خاصة في الأشهر الأولى للحمل .

- التعرض للأشعة السينية X-rays

- الهزال الشديد للأم الحامل نتيجة النقص الغذائي الشديد وسوء التغذية . وقد وجد أن ثلاثة أرباع المواليد القليلي الوزن والذين لديهم تأخر أثناء النمو لهم علاقة وثيقة بسوء التغذية للأم أثناء الحمل .

- نقص اليود في الأم الحامل .

- تعاطي الأم للكحول (المُسْكِرات) .

- إصابة الأم وحدوث نزيف .

ب - أسـباب أثناء الولادة

- إصابة في الرأس أثناء الولادة (مثل استخدام المِلْقَط forceps عند الولادة).

- الولادة المتعسرة الطويلة .

- اختناق للطفل أثناء الولادة نتيجة التفاف الحبل السري حول الرقبة ، أو تأخر في التنفس مع ازرقاق بعد الولادة مباشرة .

ج - أسباب تصيب الطفل بعد الولادة

- الحرارة المرتفعة لمدة طويلة والمصاحبة بنوبات اختلاجات convulsions عصبية .

الإصابة ببعض الأمراض المعدية مثل التهاب السحايا meningitis والسعال الديكي (الشاهرق) pertusis والكزاز tetanus وتعد مضاعفات complications هذه الأمراض من أسباب التخلف العقلي .

- حالات سوء التغذية الشديدة التي تؤدي إلى ضياع السوائل والأيونات (التجفاف) dehydration نتيجة الإسهال المكرر ، وينتج عنها اختلال شديد في توازن الكهارل electrolytes .

- الإصابة بالرأس نتيجة الحوادث .

د - الأسـباب الوراثيـة

- شذوذ الصبغيات وذلك أكثر حدوثاً في حالة إنجاب أطفال من أم عمرها يقل عن 18 عاماً أو يزيد عن 35 عاماً .

- اضطرابات الجين الواحد : إن كثيراً من أمراض الجين الواحد معروفة عند الإنسان وينجم عن عدد كبير منه التخلـف العقلي . وكثير من هذه الحالات متنحية recessive بالرغم من أن كل حالة على حدة تعد نادرة الحدوث . وعلى سبيل المثال إن بيلة الفنيل كيتون phenylketonuria تعتبر مثلاً جيداً لحالة يمكن أن يؤدي العلاج الغذائي السليم فيها إلى منع حدوث الآثار الضارة . بالرغم من أن مثل هذا العلاج مرتفع التكلفة ويحتاج إلى مستوى عال من الرعاية الصحية . كذلك يعد قصور الدرقية الوراثي سبباً هاماً من أسباب التخلـف العقلي في البلدان المتقدمة . ويحتمل أن يكون ذلك صحيحاً أيضاً في البلدان النامية ، غير أن هذه الحالة يمكن علاجها بتكلفة بسيطة نسبياً إذا شخصت عند الولادة أو في شهور العمر الأولى .
- عدم توافق النـمط الجيني genotype للأم والطفل : إن الاضطراب الوحـيد في هذا النوع الذي يتسم بأهمية عمليـة هو التمنع لاسوي بعامل الراهاء Rh iso-immunization . وتحدث هذه الحالة عندما تحمل أم ذات عامل راهاء Rh سالب جنيناً ذا عامل راها Rh موجب . وقد يحدث التخلف العقلي نتيجة تلف نسيج الدماغ .

هـ - الحرمان الاجتماعي المفرط

يصحب غياب التـنبيه الاجتماعي social stimulation درجات خفيفة من التخـلف العقلي (حاصل ذكاء 50 70) . وقد يؤدي الحرمان الاجتماعي المفـرط ، ولاسيما إذا اشتمل على انعزال اجتماعي طويل الأمد ، إلى حدوث التخلف العقلي الذي غالبا ما يكون قابلاً للتحسن .

أمراض نفسية عند الطفل يصاحبها التخلف العقلي

هناك أمراض نفسية للطفل تصاحبها حالات التخلف العقلي مثل :

1 - الذاتويـة autism وهو مرض ينتج عن انحراف في تطور ونمو الطفل .

2 - تشتّت الانتباه .

3 - بعض حالات الصرع .

وبما أن التخلف العقلي ليس مرضاً نفسياً ، لذلك توجد طرق كثيرة للوقاية منه والتعامل معه .

الوقايـة من التخلّـف العقلـي

تفتـرض الوقاية من التـخلـف العـقلي رعاية الأم الحامـل أثناء الحمل عن طريق التـغذية الجـيدة المتكاملة ، وحمايتهـا من الأمراض المعدية أو الرضوح ، وكذلك عدم تعـرضها لأخذ أدوية إلا تحت

إشراف الطبيب ، وطلب المشورة الوراثة ، والإشراف الدوري قبل الولادة لمعالجة فقر الدم أو ارتفاع ضغط الدم ، واكتشاف الـولادات المحفوفة بالخـطر ، والتشخيص السـريع والمبكر لبعض الحالات التي يمكن علاجهـا مثل القماءة cretinism وقصور الدرقية الوراثي وحالات عدم توافق المستضاد راهاء Rh للأم والطفل Rh incompatability ومنع حالات الحرمان الانفـعالي المفرط .

أما إذا لم توجد طريقة لمنع التخلف العقلي فيـجب التعامل مع لطفل وأسرته . وفي مقدمة ذلك يجب مسـاعدة الأسرة على تقبل الطفل والعمل على مسـاعدته ، حيث أن الأطفـال ذوي التخلف البسـيط والمتوسط هم من الفـئات التي تحـتاج إلى رعاية خـاصة في التـعلم ، وذلك لتنميـة الذكاء المكتسب للطفل عن طريق الإرشادات التالية لأسرة الطفل والمتعاملين معه :

1 ـ تعليم الطفل بدون يأس أو ملل مع الحب والحنان .

2 ـ تكرار المعلومه المطلوب تعليمها للطفل مع التشجيع المستمر .

3 ـ مكافأة الطفل على كل عمل جديد يُطلب منه وذلك لحثه على الاستمرار .

4 ـ تحويل العمل المطلوب أو المكلف به إلى لعب حتى يكون أكثر جاذبية للطفل .

5 ـ مشاركة الطفل في كثير من الأعمال المكلف بها لتشجيعه

6 ـ تقسيم الـعمل المطلوب من الطفل إلى مراحل ، وذلك لتبـسيط المهمة بالنسـبة له ، على أن ينتقل من مرحلة إلى أخرى بعد إنهائه المرحله السابقه .

7 ـ اتخاذ طريقة مدروسة وثابتة للتعامل مع الطفل في حالة الثواب أو في حالة العقاب .

8 ـ تعليم ما هو مستطاع ويمكن تطبيقه حسب قدرات الطفل .

في حـالات التخلـف الشديد

ـ يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتعلموا مبادئ النظافة الشخصية ، وهم دائماً محتاجون إلى رعاية مباشرة لضمان تغذية جيدة ونظافة مستمرة .

ـ تعلم الأبوين كيفية تلبية طلبات الطفل حسب احتياجاته .

ـ علاج أي تعوّق جسماني مصاحب للتعوق العقلي .

ـ تعليم الطفل كيف يؤدي الأعمال الأساسيه له للاعتناء بنفسه مثل كيفيه الأكل والنظافه الشخصيه .

ـ معالجة بعض الأمراض التي تكون دائماً مصاحبة لهذه الدرجة من التخلف العقلي مثل الصرع .

التأخــر الدراسي والتخلف العقلي

توجد أسباب كثيرة للتأخر الدراسي ويمكن تقسيمها إلى :

أ ـ أسباب عضوية مثل :

- قصر النظر الشديد
- ضعف السمع

بعض نوبات الصرع مثل الصرع الصغير petit mal

ب ـ أسباب اجتماعية مثل :

- الفقر الشديد
- الحرمان الاجتماعي
- الجو المدرسي وطريقة معاملة المدرِّسين للتلميذ .

ج ـ أسباب نفسية مثل :

- مشاكل انفعالية : القلق النفسي الشديد والاكتئاب ورُهابُ المدرْسة .
- مشاكل سلوكية : تشتت الانتباه والجنوح .
- التأخر العقلي .

ثانياً : الاضطرابات السـلوكية

behavioral disorders

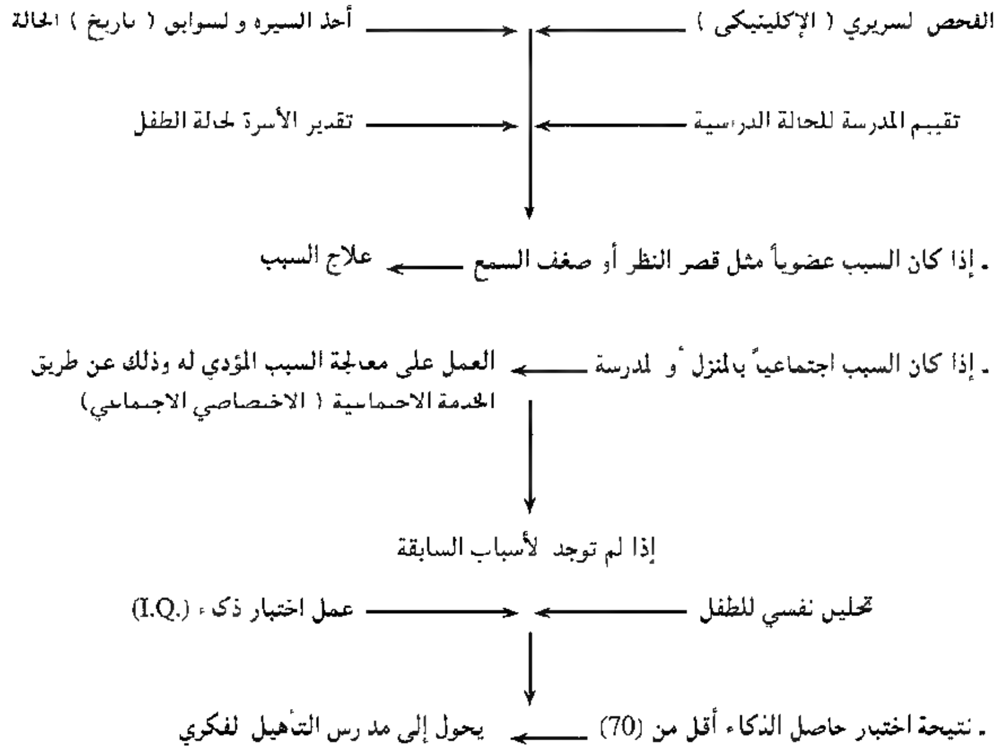
في الطفولة والمراهقة

1 ـ سلس البول (التبول اللاإرادي) الليلي

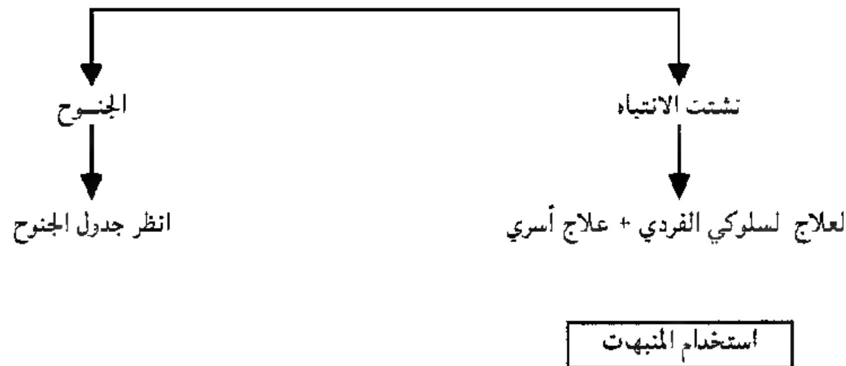
nocturnal enuresis

سلس البول (التبول اللاإرادي) ليلاً هو حالة شـائعة بين الأطفال وحتى سن المراهـقة ، أما إذا حدث لا إرادياً بالليل والنهار ، أي بشكل غير مُتَحكَّم به مطلقاً ، فإنه يدل على وجود خلل عضوي بالجهاز العصبي والجهاز البولي ويكثر انتشاره في المستوى الاجتماعي الفقير . وينتشر التبول اللاإرادي الليلي بين الأولاد أكثر منه بين البنات . ويكون المرضى عـادة من ذوي الذكاء المتـوسط أو أقل من المتوسط .

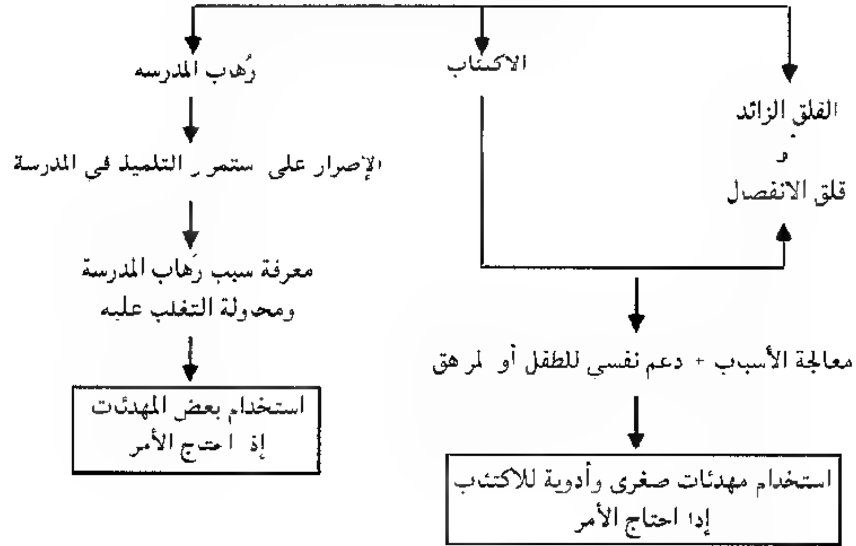
كيفية التعرف على التأخر الدراسي والتعامل معه



إذا وجدت مشاكل سلوكية



إذا وجدت مشاكل انفعالية



متى يتمكن الطفل من التحكم في عملية التبول ؟

يولد الطفل وهو غير قادر على التحكم في المثانة ، ولكنه يبدأ في خلال السنة الأولى من حياته بالسيطرة الجزئية بشكل تدريجي أثناء النهار (أي أثناء الاستيقاظ) ، ويحدث هذا بتشجيع الأم على استخدام مكان مخصص لتبول ، ومكافأته بالابتسامة إذا استطاع التحكم في نفسه حتى الوصول إلى ذلك المكان ، وتكتمل هذه السيطرة خلال العام الثاني . أما القدرة على عدم التبول أثناء النوم فتعتمد على تغيرات تحدث في مراكز النوم بالجهاز لعصبي حيث يخف عمق النوم ويستيقظ الطفل عند شعوره بامتلاء المثانة مع زيادة قوة العضلة القابضة عند عنق المثانة وزيادة سيطرة مراكز معينة بالمخ على هذه العضلة ، هنا يستطيع الطفل القيام والذهاب إلى المكان المخصص للتبول . وهذه العملية تتم خلال العام الثالث ، ولكن اكتمال السيطرة ما بين العام الثالث وخلال العام الرابع يكون بشكل تدريجي . وقد يستمر التبول لا إرادياً بشكل متقطع لمدة شهور قبل إتمام السيطرة .

ويقسم استمرار التبول اللاإرادي (سلس البول) منذ الولادة إلى نوعين :

أ ـ النوع الأولي : وينتج من

1 ـ أن النوم يكون عميقاً بنفس درجته في لطفولة .

2 ـ تشوهات خلقية بالعمود الفقري (الشوك المشقوق spina bifida) وهذه تكون مصحوبة بأعراض أخرى للجهاز العصبي .

3 ـ تهيج بغشاء المثانة والجهر التناسلي مثل وجود بعض الديدان (كالدودة الدبوسية pinworm)

4 ـ صغر حجم المثانة .

5 ـ بعض نوبات الصرع .

6 ـ تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية يؤدي إلى صعوبة في التنفس وارتفع نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم فيكون النوم عميقاً للغية بحيث لا يشعر الطفل بحاجته للقيام من أجل التبّول .

ب ـ النوع الثانوي : وهذا ما يحدث إذا مرت على الطفل فترة يكون متحكماً في تبوله ثم ظهر عليه التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتعود أسبابه في 90% منها إلى عوامل نفسية تكون غالباً نابعة من المحيط العائلي أو المدرسي للطفل مثل :

ـ الخلافات العائلية الشديدة .

ـ مَوْلد طفل جديد يستولي على اهتمام الوالدين ، ونتيجة لذلك يحاول الطفل الارتجاع لمراحل الطفولة الأولى (التقهقر regression) حتى يستطيع اجتذاب اهتمام الأم

- القسوة الزائدة في العقاب ومعاملة الطفل .

- استخدام التخويف بشدة مثل بعض القصص المفزعة أو التهديد ببعض الحيوانات كنوع من السيطرة على الطفل .

- بعض حالات دخول الطفل إلى المستشفى لفترة .

- الحرمان العاطفي كحالات مرض الأم وترك رعاية الطفل لأشخاص آخرين غرباء عنه ، ولم يعود على رعايتهم له .

- أما في المحيط المدرسي فقد يؤدي الفشل الدراسي أو لمواقف الدراسية التي تصيب الطفل باهتزاز وضعه في المدرسة أو التي تحط من كرامته إلى التبول اللاإرادي .

معالجة التبول اللاإرادي (سلسل البول) الليلي

أ - إذا كان التبول اللاإرادي الليلي أولياً فيجب معرفة السبب العضوي ومعاجته .

ب - إذا كان التبول اللاإرادي (سلس البول) الليلي ثانويا فإن شخصية الأم لها دور رئيسي وهام . فالعقاب الذي يتعرض له الطفل ، سواء كان جسدياً كالضرب ، أو نفسياً كالاستهزاء به أمام إخوته الآخرين أو الاستخفاف به ، يؤدي إلى ازدياد هذه الحالة وكثرة حدوثها ، حيث أن الطفل يجد هذا السلوك رد فعل لا شعوري تجاه الموقف العائلي العدائي وكذلك يجب معرفة السبب النفسي ومعالجته اجتماعياً إذا أمكن في الأسرة أو المدرسة بالإضافة إلى الإرشادات التالية للأم والطفل :

- التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل خلال النصف الثاني من اليوم .
- التقليل من نوع السوائل المدرة للبول مثل الشاي أو أي مشروبات أخرى .
- تشجيع الطفل على التبول قبل النوم مباشرة ومساعدته على الاستيقاظ خلال الليل مرة أخرى لتيسير عملية التحكم بشكل أفضل بالمثانة .
- منح الطفل مكافأة كلما استيقظ في الصباح وفراشه جاف .
- تدريب المثانة أثناء النهار على تحمل الامتلاء بدون اللجوء للتفريغ التلقائي ، وذلك بزيادة شرب السوائل في الصباح وخلال النهار مع إعطاء الطفل تعليمات بعدم الذهاب لدورة المياه إلا عند الشعور بأنه فعلاً لم يعد يستطيع احتجاز البول لمدة طويلة
- إعطاء الطفل صبغة البلادونا tincture of belladona جرعة واحدة قبل النوم للمساعدة على ارتخاء المثانة وجعل النوم خفيفاً .
- إذا لم يستجب الطفل لطريقة العلاج السابقة لمدة شهرين على الأقل يلجأ إلى استخدام بعض الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressant مثل الإيميبرامين (10 - 25 ملغم) قبل النوم لنفس الأسباب السابقة .

- العلاج السلوكي لإشراطي وذلك بتوصيل جرس بدائرة كهربائية ضعيفة توصل بفراش الطفل بحيث توصل الدائرة الكهربائية عند أول قطرة بول تلامس الفراش ويدق الجرس فيستيقظ الطفل وبالتالي يتعود الطفل على الاسيقاظ وحده عند امتلاء المثانة .

2 - مص الأصابع

finger - sucking

يبدأ لطفل بمصّ أصابعه منذ الأيام الأولى من عمره ، وقد تستمر هده العدة حتى الخامسة أو السادسة من العمر . وليس هناك شك في أن الطفل يستمتع بهذه العادة ويجد فيها سروراً من الناحية الذاتية ، وتلك مسألة طبيعية في الشهور الأولى من العمر ، أما إذا استمرت تلك العادة فإن ذلك يعني أن هناك أسباباً أدت إلى استمرارها .

ويعود استمرار هذه العادة إلى أسباب كثيرة تتعلق بعدم إشباع حاجات الطفل النفسية ، وإلى افتقاره إلى الحنان والعطف ، أو عدم حصوله على قدر كاف من الرضاعة الطبيعية من الأم ، بما يمثله هذ الموقف من أهمية على المستويين الفيزيولوجي والنفسي .

المعالجة

إن سلوك الوالدين حيال ظهور هذه العادة لدى الطفل هام جداً في ستمرار هذه العادة أو اختفائها . فكثير من الآباء و لأمهات يواجهون ظهور هذه العادة لدى الطفل بقلق شديد عليه ، فيلجأون إلى وسائل بدائية كطلاء أصابعه بمادة تحمل طعماً مراً ، كما يلجأ لبعض إلى التعنيف والضرب أحيناً أملاً أن يكف عن هذه العادة . وهم في حقيقة الأمر يزيدون من تشبثة بتلك العادة التي تعطيه إشباعاً نفسياً مؤقتاً ، لذا يجب على الأبوين :

- إشباع احتياجات الطفل العاطفية .
- عدم لفت نظره إلى هذه العادة بل على العكس المحاولة على إشغاله في عمل أي شيء يشغله عن تكرار هذه العادة .
- عدم الإشارة إلى هذه العادة أمام المحيطين به حتى لا يشعر الطفل بالحرج . وإذا استمرت هذه الحالة فيما بعد يمكن اللجوء إلى العلاج لسلوكي .

3 ـ قضـــم الأظافـــر
nail bitting

إذا جاز القول بأن مص الأصابع هو سلوك سلبي استسلامي فإن قضم الأظافر يعتبر سلوكاً عدوانياً تدميرياً . وإذا كانت السمة السائدة لدى الأطفال الذين يمصون أصابعهم هي الهدوء والتبلّد ، فإن ما يغلب على الأطفال الذين يقضمون أظافرهم ويعضون أصابعهم هو النشاط الزائد والثورة . ومن هنا فإن توجيه طاقة الطفل ونشاطه إلى مجالات إيجابية كانشغال في أعمال مناسبة أو الرياضة أو ما إلى ذلك غالباً ما ينتج عنه اختفاء هذه العادة . وعلى العكس فإن اهتمام الآباء بمثل هذه العادات وتركيزهم عليها وإلحاحهم على الطفل بضرورة التخلص منها لا يأتي في العادة سوى بنتائج عكسية .

4 ـ الغضـــب والعـــدوان
aggression tantrum

يواجه الطفل المواقف التي يرى أنها مشكلة بانفعال الغضب tantrum . وغالبية انفعالات الغضب عند الأطفال يتم التعبير عنها حركياً (خاصة صغار السن) في صورة صراخ أو رفس . ويبدو أن الطفل يكتشف أن هذه الحركات هي أكثر الأساليب فاعلية لإجبار الآباء على تنفيذ رغباته .

وقد وجد من الأسباب التي تؤدي إلى الغضب والعدوانية aggressiveness عند الأطفال خاصة صغار السن :

- الملابس الضيقة التي تعوق حركة الطفل .
- الرتابة التي تتبعها الأم لتنظيم عمليات التغوط وأوقات النوم لدى طفلها .
- وجود زائرين بالمنزل .
- حياة الطفل في بيت به عدة أشخاص أكبر منه في السن .

كيفية التعامل مع هذا الطفل

على الآباء عدم استخدام العقاب البدني كوسيلة لإيقاف السلوك العدواني من جانب الطفل ، لأنهم بذلك يقومون بكف كل قدراته التعبيرية . فالغضب الذي يتم كفه يوماً بعد يوم خوفاً من العقاب لابد وأن يتراكم ويشتد حتى يصل إلى الانفجار في صورة عدوانية تدميرية . ولكن يجب عدم تلبية مطالب الطفل في هذه الحالات وعدم إبداء أي اهتمام بتصرفاته . وبالتدريج ، وبعد فترة

تهدأ حـدة هذه النوبات حيث لا يجد الطفل فـائدة من هذا الغضب الذي لم يحقق مطالبـه وبالتالي تهدأ مدة النوبات .

5 ـ اضطــراب الانتبـــاه

disorders of attention

وهو اضطراب يتمـيز بانتبـاه قصيـر المدى سهل التشـتت . وقد يصاحـب ذلك زيادة في النشاط الحركي . وهناك درجات بسيطة أو شديدة من هذا الاضطراب ونحتاج لتشخيصه أن نسمع عن سلوك الطفل من الوالدين والمدرسة .

الأســـباب

- تأخر أو اضطراب نمو الفصين الأماميين في المخ .
- اضطراب وراثي في وظيفة المرسلات العصبية في المخ .

فبعض أقارب الطفل المشتت الانتباه يوجد فيهم نفس النوع من التشتت في الانتباه .

الصورة السريرية

وتتميز الصورة السريرية لهذا الاضطراب بالخصائص التالية :

أ ـ اضطراب الانتباه

يكون مدى الانتباه قصيراً بحيث لا يستطيع الطفل أن يسـتمر في نشاط معين أكثر من عشر دقائق لينتقل إلى نشاط آخـر (وعلى هذا يكون هناك صعوبة في عمليـة التعلم) ، وأحياناً قد يسـتمر لمدة أطول . ومع نمو الطفل يقل التشتت في الانتباه .

ب ـ النشاط الحركي

يتمـيز الطفل في هذه الحالة بنشـاط حركي مسـتمر ، ويوصف عادة أنـه لا يستطيع أن يجلس أو يستقر في مكان إلا لدقائق قليلة يغير بعدها مقـعده ، كما يفحص معظم الأشياء المحيطة به . ويكون التآزر الحـركي مضطرباً بدرجة بسـيطة في ثلاثة أرباع الحالات مما يظهر الطفـل في صورة عدم انتظام وفقد رشاقة في حركته أو طريقة مشيه .

ح ـ اضطـــراب الانفعـــال disorder of emotion

يتميز الانفعـــال بعدم الثبات وسرعة التقلب . فالطفل ينتقل من انفـــعال إلى آخر بسرعة ، ويكون سريع الغـــضب والعدوان مع أي إحـــباط ، كمـــا يصيـــبه كذلك « نوبات غـــضب » في بعض المواقف المحيطة .

د ـ الاندفاع وصعوبة التحكم في التصرف

يتصرف الطفل المضطرب الانـــتباه قبل أن يفكر في عواقب الأمور وخاصـــة مع مواقف الإحباط . فهو مندفع ، واندفاعه يوقعه في أخطاء عديدة تؤدي إلى عقابه .

هـ ـ علاقات الطفل بالآخرين

يعتبر الطفل المشـــتت الانتبـــاه اجتماعياً ، ويتكلم كثيراً مع أنه قـــد يكون مصاباً بدرجه من درجات صـــعوبة الكلام . وهو عنيـــد يحب السيـــطرة على من حـــوله مما يثيـــر الآخرين ضـــده ويؤدي إلى اضطرابه .

و ـ الصعوبات المعرفية وصعوبة التعلم

إن صعوبة الإدراك والتمييز بين حروف بعـــض الكلمات التي يسمعها أو يقرأها الطفل ، أو عكس ترتيب بعض حروف الكلمـــات ، تؤدي إلى اضطراب واضح يعوق التعلم مع توافر ذكـــاء متوسط أو فوق العادي أحـــياناً ، وقد يؤدي ذلك إلى ترك الدراسة . كـــا أن التعلم في مجموعـــة يشكل مشكلة للطفل في الفصل وكذلك في الامـــتحان وعلى هذا يفضل وضعه في فـــصل قليل العدد ، وأن يمتحن في لجنة خاصة بمفرده .

ز ـ العلامـــات العصبية والجسمية

إن فـــحص الجهاز العصبي للطفل المشتت الانتباه قـــد يظهر بعض « العلامات العصبية » في حوالي نصف الحالات ، مـــثل اضطراب نطق الكلام أو اضطراب التـــآزر الحركي بدرجة بســـيطة أو اضطراب التوازن بين الرؤيا والحركة . كما أن رسم مخطط كهربية الدماغ EEG تظهر فيه اضطرابات (في حوالي نصف الحالات أيضا) . كمـــا قد يوجد بالفحص السريري كذلك عـــمق في سقف الحلق ، أو حَوَل طفيف أو ثنية واحدة بالكف ، أو قد يكون حجم الجمجمة صغيراً .

العـــــــلاج

العلاج الدوائي : يحتاج الطفل إلى الأدوية المنبهة مثل الدكسيدرين أو الريتالين . كما يستخدم مضاد الاكتئاب مثل الإيميبرامين ، حيث يقوم بتنبيه قشرة المخ فيتحكم الطفل في انتباهه وسلوكه .

العلاج السلوكي : وذلك بالاتفاق مع الطفل على تقويم السلوك مقابل مكافأة أو العقاب خلاف ذلك . ويجب تحاشي الضرب لأن الضرب لن يفيد بل بالعكس قد يؤدي إلى ثورة وعدوان يتفاقم معهما الموقف .

6 ـ السـرقة

لا تعتبر السرقة التي يقوم بها الطفل قبل سن السادسة مطابقة لمفهوم السرقة المعروفة لدينا . فالطفل يأخذ أي شيء يجده للأسباب التالية :

- لأنه لا يعرف معنى كلمة الملكية وتعوَّد أن يأخذ أي شيء يعجبه .
- لأن الطفل لديه إحساس بالحرمان كان يأخذ طعاماً يأكله مثلاً ، ولذا يجب على الوالدين دائماً تعليم الطفل حدود ممتلكاته الشخصية وحدود ممتلكات الآخرين واحترامها .

لكن هناك أطفالاً أكبر سناً أو مراهقين يسرقون لأسباب مختلفة :

- حتى يشعروا بالمساواة مع إخوتهم إذا كان الآباء يفضلون طفلاً على الآخر .
- حتى يظهروا أمام إخوانهم أنهم شجعان.
- حتى يعطوا ما يسرقونه كهدايا لزملائهم في المدرسة فيكونون أكثر شهرة من غيرهم.
- للفت نظر والديهم لإعطائهم الحب والحنان .

ما هي طريقة التعامل مع هذا الطفل

- تعريف الطفل أن السرقة عمل سيء وشرح السبب .
- مساعدة الطفل لإعادة ما سرقه .
- البعد عن شرح المستقبل السيء للطفل السارق والوصف الملازم له بأنه سارق .
- شرح أن هذا السلوك غير مقبول في الأسرة والمجتمع المحيط به .

وإذا اتبع الأبوان هذه التعليمات يكف الطفل عن السرقة ، لكن إذا استمر الطفل في السرقة فإنها قد تكون من علامات الجنوح خاصة لدى المراهقين .

7 ـ الكذب

من الخطأ الظن بأن الطفل الصغير لا يفرق بين الكذب والصدق فالطفل في مقدوره تماماً أن يفرق بين ما هو صدق وما هو كاذب لاسيما الأمور المتعلقة بالرغبات الخاصة به .

والطفل الذي يعيش في وسط لا يساعد على تكوين اتجاه لصدق والتدريب عليه يسهل عليه الكذب ، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وكان أيضاً خصب الخيال .

ويسرد معظم الأطفال في سن الثالثة حكايات خيالية لم تحدث في الواقع ، ويغرق بعضهم في خياله ، لكن الكبار يصفون الطفل بالكذب في حين أن الطفل في هذه السن يخلط بين الواقع والخيال ، فهو لا يكذب ليخفي ذنباً أو ليحصل على مكسب من وراء كذبه .

وأحياناً يرى الطفل حلماً ويستيقظ ليقص الحلم على أنه حادثة واقعية ، ويؤكد ذلك إذا شعر أن الكبار لا يصدقونه .

وتتنوع الكذب بعد سن السادسة تبعاً للأسباب التالية :

1 ـ الخوف من العقاب الشديد إذا صدق وقال الحقيقة .

2 ـ لتغطية شعور بالنقص عن طريق المبالغة فيما يملكه أو في صفاته ، وذلك لاستدرار العطف وللشعور بالقبول في البيئة ، ولكي يصبح مركز اهتمام الغير

3 ـ كما قد يكذب الطفل تقليداً للآباء والأمهات الذين يكذبون على أطفالهم في كثير من الأمور .

وإذا استبعدت هذه الأسباب واستمر الطفل في الكذب فهذا قد يكون من بعض أعراض الجنوح .

8ـ الجنـــــوح
delinquency

هو مجموعة تصرفات دائمة ومكررة ينتهك فيها الطفل حقوق الآخرين ، ويتعدى القوانين التي تحكم من هم في سنه لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهذا الاتجاه العدواني تجاه ممتلكات الغير أو ضد المجتمع يحصل دائماً في سن البداية التي هي قرب سن البلوغ (12 إلى 15 عاماً) .

أعراض الجنوح

أهم ما يميز أعراض الجنوح استمرارية هذا السلوك لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهي تكون مجموعة من الأعراض التالية :

- السرقة أكثر من مره بدون مواجهة الشخص .
- السرقة أكثر من مرة بمواجهة لشخص .
- الهروب من المدرسة على الأقل مرة أو مرتين دون العودة بنفسه .
- الكذب المتواصل .
- إشعال الحرائق .
- تكرار الهروب من المدرسة أو من العمل .
- تكرار التخريب لممتلكات الآخرين .
- شدة القسوة في إيذاء الحيوانات .
- استخدام أدوات في العراك في أحيان كثيرة (مثل العصا أو أدوات حادة) .
- شدة القسوة تجاه الاخرين .

أسباب الجنوح

تقع لغالبية العظمى من الجانحين في خانة الحرمان و لإحباط العنيف المتكرر وفقد الشعور بالأمن نتيجة لانهيار الأسرة أكثر منها في خانة التدليل والعناية المسرفة .

وتلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورها في تحويل الطفل العدواني إلى جانح :

- وفاة أحد الوالدين وعدم وجود بديل لصورة الأب أو الأم يؤدي إلى العدوانية والجنوح
- دور رفاق السوء في المسعدة على الجنوح .
- رفض الأبوين للطفل .
- القسوة الزائدة في تعليم الأبناء .
- الوجود في ملاجئ في سن مبكرة .
- الأسرة الكبيرة العدد .
- الأسرة التي بها أب مدمن .

وينتشر الجنوح والعدوانية أكثر بين البنين عنهما في لبنات بنسبة 1:12 .

كيفية التعامـــل مع الطفل الجانح في المدرسة

الهدف : هو تخلص الطفل من التصرفات العدوانية والجـانحة ، وتشجيع السلوك الاجتماعي عن طريق التشجيع على التصرف السليم واستخدام أسلوب العقاب في بعض الأحيان وذلك عن طريق :

- مراقبة تصرفات الطفل في الفصل أولاً لمعرفة درجة عدوانيته .
- إهمال المدرس للسلوك العدواني للطفل والاهتمام وتشجيع السلوك الجيد لنفس الطفل وربما مكافأته عليه . وهذا يؤدى إلى إقلال السلوك العدواني لطفل واكتساب سلوك مقبول من الآخرين .
- إعطاء بعض الحوافـز الفورية على سلوكه الجـيد مثل رسم نجـمة في كتابـه أو إعطائه قطعة حلوى صغيرة وذلك لتشجيعه على استمرار السلوك الجيد .
- كذلك يجـب أن يكون هناك اتفاق بين الأسـرة ، إذا كانت متـعاونة ، والمدرسـة على إعطاء هذا الطفل هدية إذا استمر سلوكـه المقبول لمدة طويلة (مثلاً لمدة شهر) ، وطبـعاً لا يفضل عمل ذلك في الفصل أمام باقـي التـلاميذ ، لأن ذلك سوف يشجع الآخرين على انتهـج نفس السلوك غير المقبول حتى يكافأوا على تغييره .

التدريـب على الأسـلوب الاجتماعـي الجيـد للطفل . وذلك عن طريق إعطاء نماذج للقصص أو عمـل بعض الألعاب مـثل : مسـرح العرائس ، يبـدأ في إعطاء الأطفـال ومن بينهم هذا الطفل العدواني نموذج العروسة السيئ ويبدأ الحوار حـول التصرف مع هذا النموذج وكيف يمكن إرشاده لأن يصلح هذ السلوك غير المرغـوب فيه . وكذلك يمكن عمل تمثيليات يشارك فيها الأطفـال كأن يأخذ الكل أدواراً مختلفـة ، وفيها مثال لـطفل عتدى على زميل له في الفصل مـثلاً ، ثم يتدخل المدرس ويشرح التصرف الجيد والسيء في هذه التمثيلية .

اســتخـدام أسلوب العقاب . وهذا يكون في البداية لفظياً أي عندمـا يضرب هذا الطفل طفلاً آخر يقال له مثلاً « أنت أخطأت التصرف يافلان » أمام باقي التلاميذ ، وإذا استمر هذا التصرف يمكن إقصاؤه عن الفصل لمدة 10 دقائق تحت إشراف المدرسة ثم إعادته إلى الفصل مرة أخرى بعد وعده أنه سوف يتصرف بطريقة أفضل وفي نفس الوقت إذا تصرف هذا الطفل تصرفاً مسقبولاً اجتماعياً لفترة يجب مكافأته عليه .

كذلك يجب استخـدام أسلوب العقاب للتصرف غير المقـبول على الإطلاق وليس لكل تصرف لا يعجب المدرسة وإلا فقد أسلوب العقـاب النتائج المرجـوة منه . ويجب أن يكون أسلوب العـقاب بطريقة لا تؤثر على العملية التعليمية لطفل في الفصل .

الوقايـــة

1 ـ تبدأ الوقاية في الأســرة من خلال الاعتدال في التعامل مع الطفل ، مثل عدم التدليل بكثرة أو القسوة الزائدة ، مما يقلّل عدوانية الطفل .

2 ـ يؤدي توافر وسط اجتمـاعي مناسب وظروف اقتـصادية ملائمـة إلى شعور الطفل بالأمان ، خاصــه في حاله فقد أحـد الوالدين . ويجب إحلال البديل للأب أو الأم حـتى يستمر شعور الطفل بوجود صورة للوالدين .

3 ـ تعتبر المدرسة البيئة التي تسـتقبل الطفل من الأسرة لذلك يجب أن لا يستمر السلوك في المدرسة بالقســوة والعنف ، حيث أن دور المدرسة التـربوي أهم من الدور التعليمي خـاصة في المراحل الأولى من التعليم .

ثالثاً ـ الاضطرابات الانفعاليـــة في الطفولـــة والمراهقـــة

1 ـ القلـــق

anxiety

يظهر القلق في صورة خـوف واضطراب في سلوك الطفل ، قد يكون أحياناً نيـجة لفراق الأم ، كما هو الحال في رُهاب المدرسة « خوف الذهاب للمدرسة » .

وهناك بعض المخاوف التي يعاني منهـا معظم الأطفال لوقت قصير في مرحل مـعينة من العمر ، مثل الخوف من فراق الأم في سن 8 أشهر ، أو الخوف من الحيوانات في سن من 2 3 سنوات ، أو الخوف من الموت في سن 8 سنوات ، ولكن الخـوف المَرَضي هو ما يسـتـمر لفـترة طويلة ويـعوق الطفل .

الأســباب

الوراثـــة : يوجد القلق بصورة و ضحة في شخصية الأم أو في شخصية الوالدين ، ويرث الطفل جهازاً عصبياً لا إرادياً سهل الإثارة ، حيث ثبت أن هناك عـائلات تتميز بجهاز عصبي لاإرادي سريع الإثارة .

التربية : يظهر قلق الوالدين في تصرفاتهما مع الطفل فينتقل القلق إليه ، وهنا يصعب أن نفصل الوراثة عن البيئة كعاملين مؤثرين في الطفل .

الصورة الـسريرية (الإكلينيكيـة) : شعـور داخلي بخوف غـمض وتوتر مع اضطراب في النوم وحدوث كوابيس . وقد يُعبِّر الأطفال عن قلقهم بـأعراض جسمية مثل الصداع أو الألم في البطن أو الميل للقيء أو القيء فعلاً .

رُهـــابُ المدرســة

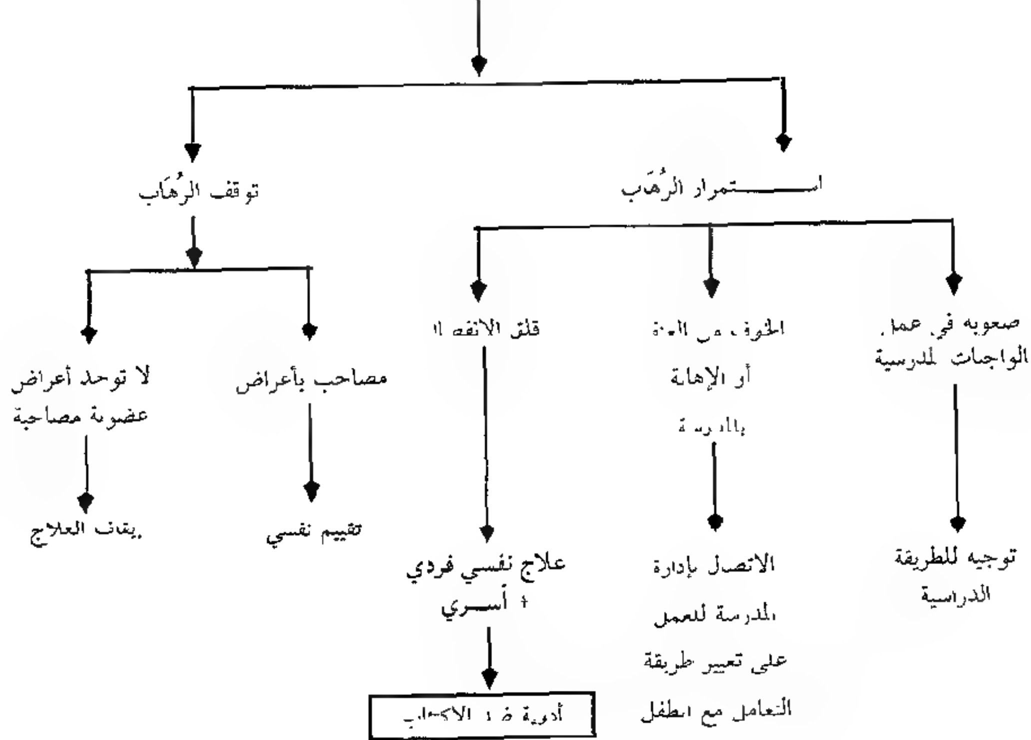
رُهـــابُ المدرســة (خـوف الذهاب إلى المدرسة) هو ذلك الخوف الـذي يصاحب يوميـاً موقف الذهاب للمدرسـة ويـعوق لطفل عن الذهاب فعـلاً . ففي صباح كـل يوم يصاب الطفل بمغص أو قيء ، أو يظهر عليـه الرعب ، ويقاوم الذهاب للمدرسة بكل قـوته مما يضطر الأهل للرضوخ . ثم بعد ساعة أو سعـتين يلعب بمنتهى النشاط وكأن شيئاً لم يحدث ويتكـرر الموقف يومياً . ودائماً نجد

رهاب المدرسة School phobia

رفض التلميذ الذهاب إلى المدرسة

تقرير المدرسة ← | → أخذ تاريخ المرض (السيرة والسوابق)

الاصرار على التزام الطفل بالذهاب إلى المدرسة



أن التحصيل الدراسي لا يشكل مشكلة للطفل ، فهو طفل ذكي ودرجاته فوق المتوسط عادة . كما لا توجد مشكلات مع المدرسات أو الزملاء .

عــلاج القلــق

العلاج النفسي : بجعل الطفل يعبر عن مخاوفه وذلك بمساعدته بالتخيل واللعب والحكي [illegible] الصراعات التي يعاني منها وبذلك نساعده على التكيف السليم .

والعلاج السلوكي : ويشتمل على التحصين المتدرج والتدريب على الارتخاء ، والمكافأة للسلوك السليم . وفي حالة خوف الذهاب إلى المدرسة يجب الإسراع في عودة الطفل للمدرسة ، مع ضرورة تعاون الأم في العلاج حيث أن قلقها لبعد الطفل عنها ينتقل لا شعورياً له .

العــلاج بالأدوية : قـد نعطي الديازيبام بكمية صغيـرة ولفترة قصيرة في حـالات القلق . أما بالنسبة لخوف الذهب للمدرسة أو لأية مخاوف محددة أخرى فيكون العلاج بواسطة ايميبرامين .

2 ـ الاكتئــاب

depression

وهو شعور الضيق والحزن مع اليأس ، وقـد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد مع بعض السلوك العدواني تجاه لآخرين . كما أن أحلام الطفل وتخيلاته تعبر عن الاكتئاب .

وتختلف أعراض الاكتئاب تبعاً للسن التي يصاب فيها الطفل ، ففي السنة الأولى من العمر تظهر عليه الأعراض في النواحي البيولوجية ، مثل مشاكل الشهية كرفض الطعام وعدم نموالجسم نتيجة لذلك أو اضطرابات النوم ، أو الكسل الشديد وأحياناً أخرى كثرة البكاء وسهولة الإثارة مع رفض التجاوب للمداعبة .

في سن 3-5 سنوات يظهر الاكتئاب في صورة زيادة النشاط الحركي عن المعتاد مع كثرة العدوان أو مشاركة الآخرين ، أو في صورة سلوك متكرر مثل [illegible] البول مع بعض اضطرابات النوم والشهية للطعام .

في سن 6-8 سنوات يظهر الاكتئاب في تعبير الطفل عن الملل أو الشكوى الجسمية كألم في البطن أو شكوى جسمية غير واضحة المعالم أو أزمات ربو أو اضطراب في النوم . ولكن من المعتاد أن تكون الشهية للطعام طبيعية . وبعض الأطفال تكثر إصاباتهم الجسمية ويمكن أن يطلق عليهم أنهم « عرضة للحوادث accident prone » فمثلاً يقع الطفل كثيراً ويجرح أو يكسر له ساعد أو ساق .

وقد يظهر السلوك المعادي للمجتمع antisocial في صورة تكرار الكذب أو السرقة مما يؤدي للعقاب من الأهل .

في سن 9-12 سنة يظهر الاكتئاب في إحساس الطفل بالذنب ولوم النفس ، ويستطيع أن يعبر عن حزنه مع انخفاض الروح المعنوية لديه وعدم تقدير الذات مع الشعور بالنقص . وقد تظهر لديه مشاكل الفشل في الدراسة أو السلوك العدواني بالإضافة لبعض الأعراض الجسمية . وقد تظهر لديه بعض الأفكار الانتحارية التي قد تكون عميقة ، وقد يعقبها محاولات فيجب على الأهل مراعاة ذلك .

في سن 12-19 سنة يشكو المراهق من ملل شامل مع البحث المستمر عن أنشطة جديدة ، كما قد يشعر بالغربة والعزلة ولا يقدر على البقاء وحيداً ، ويخالجه الشعور بالإرهاق الشديد أو التعب صباحاً . وتوهم المرض والانشغال بالجسم وشكله ووظائفه .

الأســـــباب

الوراثـــة : تلعب الوراثة دوراً هاماً ، فنجد أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب ويتضاعف احتمال إصابة الابن إذا كان الوالدان قد أصيبا بالاكتئاب . حيث يحدث نقص في النواقل العصبية مثل النورأدرنالين noradrenaline أو السيروتونين serotonin في الجهاز الطرفي وهي المخ

البيئـــة : للعلاقة الأسرية قيمة كبيرة حيث أن الفراق بين الوالدين له أهمية ، كما أن مشاكل الطلاق أو التفكك الأسري أو اضطراب أسلوب رعاية الوالدين للطفل تشكل عوامل في حدوث الاكتئاب للطفل .

العـــلاج

العلاج بالأدوية : مضادات الاكتئاب مثل الإيميبرامين تفيد كثيراً ولكن لابد أن تؤخذ لعدة شهور لكي يتم الشفاء .

العلاج النفسي : ويشمل علاج الأسرة وعلاج الطفل لمساعدته في التغلب على شعور الاكتئاب من حيث الدعم النفسي ورفع الروح المعنوية وتقليل الشعور بالذنب .

رابعــاً ـ اضطرابــات النَّماء في الأطفال

تشمل اضطرابات النماء الخاصة عدداً من الاضطرابات المعوقة للتعلم ، والتي لا يكون سببها نقصاً في الذكاء أو الداتويــة الطفلية infantile autism أو سببــاً عضــوياً واضحاً في الجهــاز العــصبي المركزي ، أو في وظائف السمع أو الرؤية ، كما لا تعزى لنقص في أسلوب التعلم ، كماأنها عادة لا تتناسب مع سن الطفل .

الأســباب

تلعب الوراثة دوراً هامــاً ، حيث توجــد اضطرابات النماء الخــاصة في عــدد من أفراد العــائلات المصابة بذلك . والسبب تأخر في نمو قشرة المخ أو اضطراب نضجها أو حدوث إصابة بها .

أنواع اضطرابات النماء في الأطفال

وجميع هذه الأنواع لا تتناسب مع درجة ذكاء الطفل أو سنه أو مجهوده الدراسي .

1 ـ اضطراب القدرة الحسابية : تجد المهارات الحســابية أقل من المعتاد بدرجة واضحة ولا تتناسب مع الذكاء والمجهود الدراسي للطفل .

2 ـ اضطراب المهارات اللــغوية : وقد يكون اضطراب في إدراك اللغــة أو التعــبير اللغــوى مما يعوق التواصل .

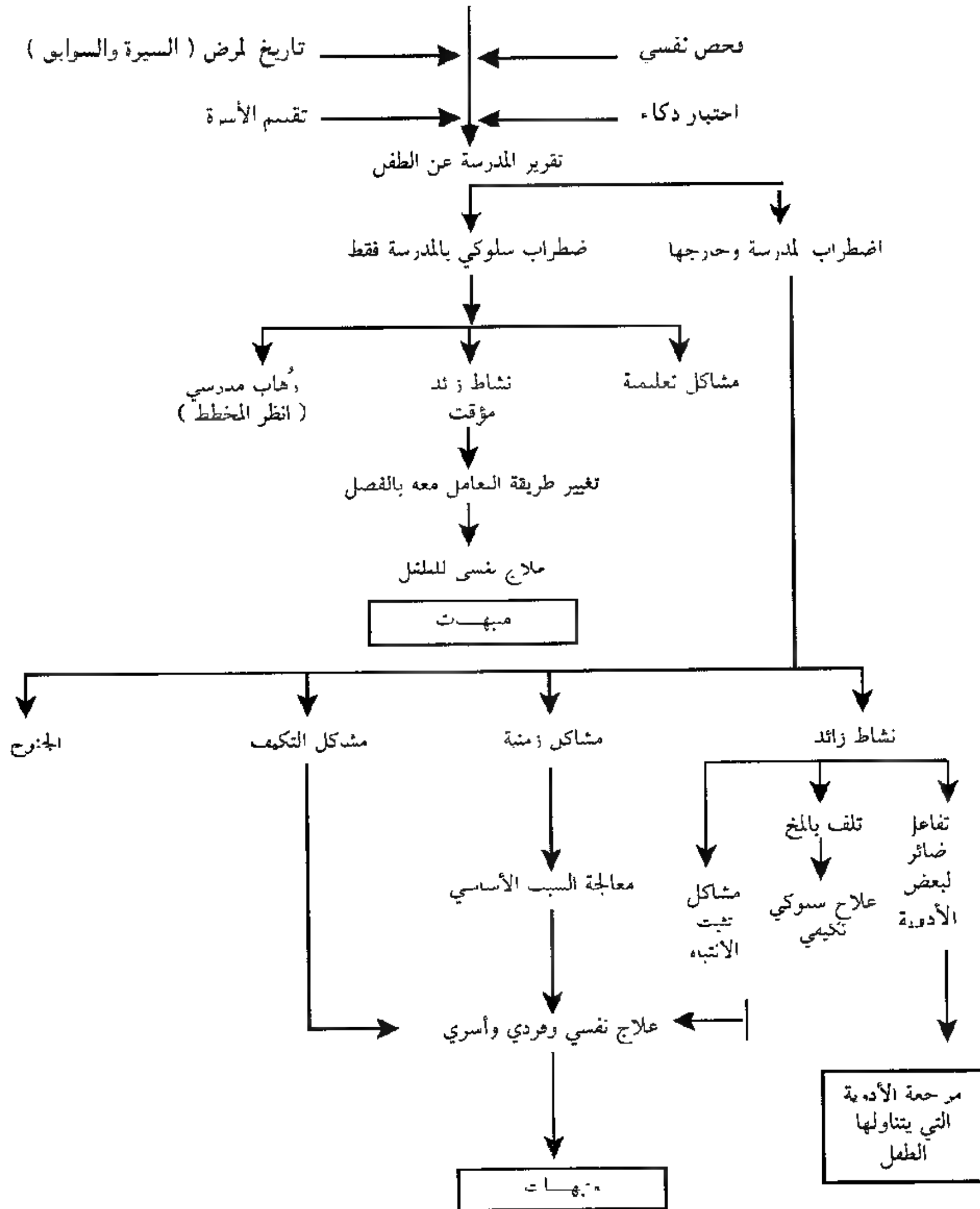
3 ـ اضطراب القــدرة على القراءة أو الــقدرة على الكتــابة : وهذان الاضطرابان يعــوقان القــراءة أو الكتــابة أو الاثنين مــعاً . فــقد يحــذف حــرف أو يعكس حــرف أو لا توضع نقط على بعض الحروف مما يغير المعنى كله . فتكتب الــكلمة أو تقرأ مختلفة عن حقيقتــه (مثل قرءاة طالبات بدلاً من طالبة) .

4 ـ اضطراب النطق أو اضطراب التآزر الحركي : لا يستطيع الطفل نطق بعض الأحرف جيداً ، وقد يتسم أداؤه لبعض الأعمــال بالبطء وعدم التناسق بدرجة بسيطة ، فمــثلاً طفل عمره 9 سنوات يجد صعوبة كبيرة في أن يقفل أزرار قميصه أو يربط حذاءه

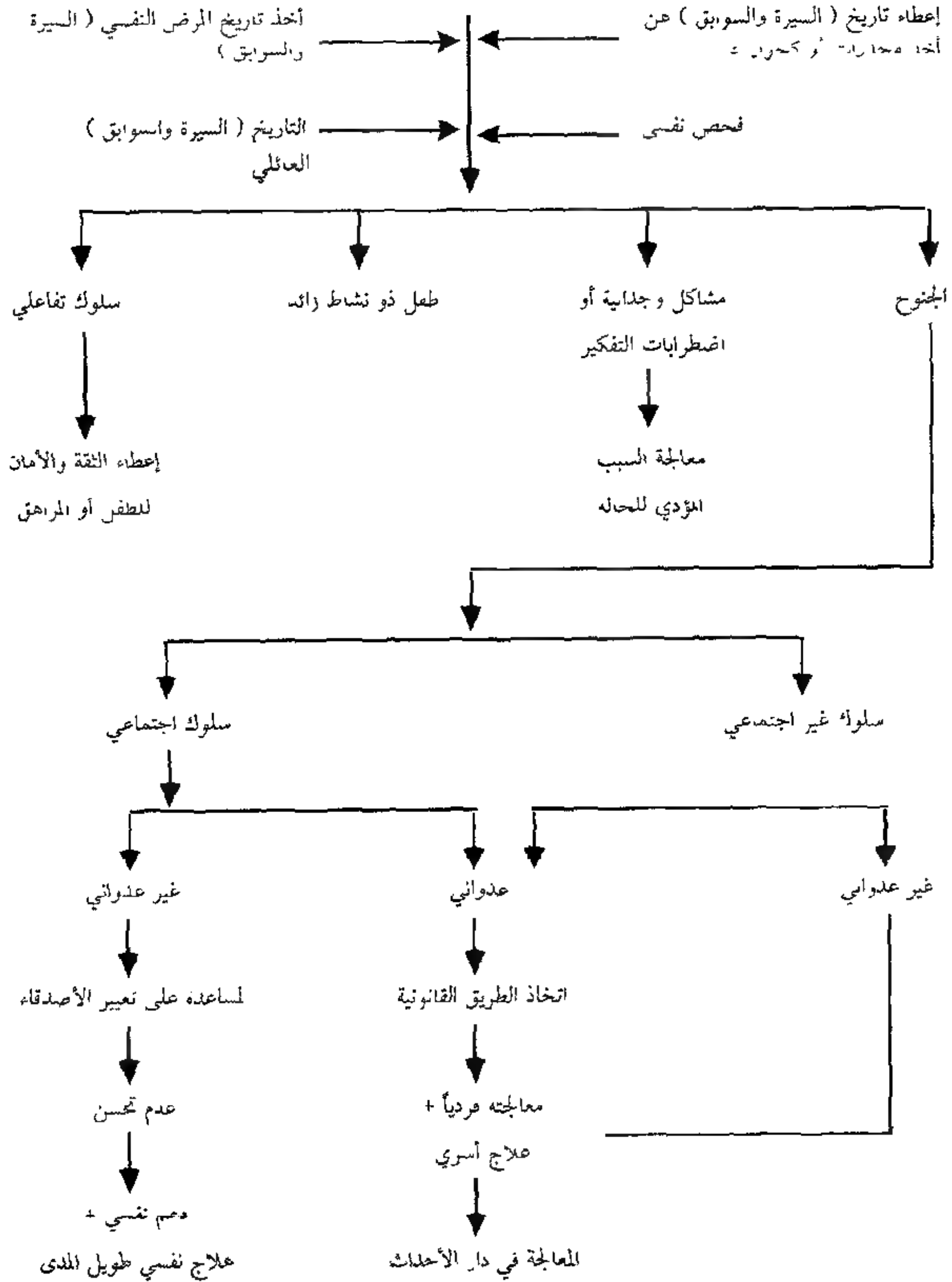
المعالجة

تحتاج هذه الاضطــرابات للمتابعة من قبل اختصاصــي لكل نوعٍ منهــا ، ويمكن اتباع المخططات التالية .

السلوك المضطرب بالمدرسة



السلوك غير الاجتماعي



الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمُسْكرات

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

يعتبر تعاطي المخدرات narcotics and drugs والمسكرات من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمع ، ليس فقط من الناحية الطبية ولكن من نواحي متعددة ومتشعبة منها التربوية والاجتماعية والأمنية والإنتاجية .

الاعتماد dependence على الأدويــة أو المخدّرات

وهو حالة نفسية ، وأحياناً بدنية أيضاً ، ناشئة عن تعاطي دواء يتميز باستجابات سلوكية ، تتضمّن دائماً إجباراً على تعاطي الدواء بصفة دائمة أو على فترات متقطعة من أجل الشعور بتأثيره النفسي ، وأحيناً لتجنب الضيق الناشيء عن غيابه ، وقد يكون التحمل tolerance موجوداً أو غير موجود . كما قد يكون الشخص معتمداً على أكثر من دواء .

معاقرة الأدويـة غير المسببة للإدمان

وهو تناول الشخص الدواء على الأقل لمدة شهر من تلقاء نفســه إلى حد الإضرار بصحته وسلوكه الاجتماعي ، مع حدوث لتعوّد أو الاستخدام المرضي

ويبدأ معظم الناس في تعاطي المُسْكِرات مثل الخمـر أو البيرة والتبغ ، ثم يتبع ذلك الحشيش ، ثم أدوية أقوى مثل أدوية الهلوسة أو المنبهات ، ثم الأدوية المثبطة أو المنومة فالهيروين heroin

ولابد أن ننظر إلى الاعتماد على أساس شخصية المتعاطي مع توافر وجود الدواء .

أسـباب الاعتماد على الأدويـــة

لا يوجد سبب واحد للاعتماد ، ولكن هناك تداخل بين عوامل متشعبة :

1 ـ الوراثـــة

ثبت أن الوراثة لها دور من خلال تأثيرها على درجة حساسية الفـرد لبعض الأدوية ، وكذلك اضطراب عملية الاستقلاب (الأيض) metabolisme او أيض الأدوية (الكحول ، الأفيونات) مع اختلاف فيزيولوجيا كهربية المخ ، وكذلك خصائص جدار الخلايا .

وقد وجد أن حدوث تعاطي المسكرات بين أبناء مدمني المسكرات هو أربعة أضعاف أبناء المجموعة الشاهدة .

2 ـ العوامل العائليـة ـ الاجتماعيـة

ـ تفكك الروابط العائليـة وعدم وجود الدعم المتبادل بين أفراد الأسرة يؤدي إلى انخـفـاض الروح المعنوية للأفـراد مع ســهولة تأثرهم بأية ضغوط أخرى مما يجـعلهم عرضــة للبحث عن مـخرج في تعاطي الأدوية .

ـ الفقر قد يلعب أيضاً دوراً في التفكك العائلي وكذلك في الإدمان والانحراف .

ـ الانتقال السريع في المجـتمع من العادات والقيم المتوارثة إلى قيم جـديدة ومفاهيم جديدة يؤثر على الأسرة وعلى الفرد

ـ عدم وجود وسائل للترويح والنشاط الاجتماعي الصحي السليم .

ـ تأثير الأصدقاء والجماعات في تسهيل التعاطي .

3 ـ الشـخصية

ليس كل من يتعرض لمواد الإدمان يعتبر مدمناً أو متعوداً . ولكن يمكن القول أن خطر الاعتماد أو الإدمان يكمن في الشخص وليس في المخدر . وقد تبين أن المتعه التي تسببـها المستحضرات الأفيونيه متناسبة تناسباً مباشراً مع درجة الاعتلال النفسي للشخص الذي يصبح مدمناً .

وتتميـز شخصيـة المدمن بدرجة من السلبية والاتكاليـة على الآخرين ، كما أنه لا يتـحمل التوتر والإحباط المعتاد حدوثه في الحياة ، فـيلجأ إلى الحل السريع للراحة بتعاطي الأدوية التي تؤدي بدورها إلى مزيد من المشاكل والإحباط والتوتر .

4 ـ المهنـــة

إن الممرضات والأطباء من أصحاب المهن المتعرضـة للإدمان لسهولة وصول الأدوية إليهم . كذلك فإن من يقدم المسكرات أو من يعمل في مصنع الخمور أو من يعمل في مصانع المو د المذيبة هو عرضة لسوء استخدام ما يوجد في متناول يده وبالتالي الاعتماد .

5 ـ وجود القدوة

إن إدمان أحد الوالدين أو كليهما يؤدي إلى أن يقلد الابن والده فى مجال التعاطى لنفس الدواء ، وإلى تعزيز تعاطي الدواء بتوفيره الراحة المرجوة للفرد وبذلك يسـتمر في التعاطي ، وكثيراً ما يضاف إلى وجود الصحبة السيئة مما يعزز التعاطي .

6 ـ توافـر الدواء المخـــدر

لابد من توافر دواء مـعين كي يحدث اعتـماد عليه . وكـلما صعب الحـصول على لدواء أو قل توافره في مكان ما كلما قل لتداول . وعلى هذا يقع عىى النظام الحكومي عبء مسؤولية المكافحة .

7 ـ الدافـــع

هناك دوافع عديدة للتعاطي أهمها :

- حب الاستطلاع .
- التطلع إلى خبرة جديدة .
- زيادة لقدرات الخيالية والخلاقة .
- التقبل الاجتماعي ضمن المجموعة
- إزالة التوتر .
- زيادة الانتباه واليقظة .
- إزالة الاكتئاب أو شعور الغربة .

أما الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير فهي :

1 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُسْكِرَات .

2 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات .

3 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش ومشتقاته .

4 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات .

5 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين .

6 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية لناجمة عن تعاطي المنبهات الأخرى متضمنة الكافيين .
7 ـ لاضطرابات النفسية والسلوكية لناجمة عن تعاطي المهلوسات .
8 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ .
9 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات .
10 ـ الاصطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي عديد من الأدوية النفسية التأثير .

وتمثل الاضطرابت النفسية والسلوكية الناجمة عن تعــاطي المُسْكرات ثالث أكبر مشاكل الصحة بعد أمراض القلب والسرطان في انكلترا .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المسكرات

تحدث درجه انتشار تعطي المسكرات أكـثر بين الذكور منها بين الإناث بمقدار 5-6 مرات . ونظراً لأن بعض المجتمعات يــباح فيها تعاطي المسكرات فإن ذلك يسهل التــعاطي اليومي وعلى هذا يحدث إدمان المُسْكِرات مما ينتج عنه آثار ضارة على الصحة وعلى التكيف الوظيفي والاجتماعي .

تأثيــــر المُسْكِرَات

1 ـ يتوقع من يرغب في المُسْكِرَات أن تعمل المُسْكِرَات كمهدئ وأن تخفف من القلق والتوتر .

2 ـ وتزيد المُسْكِرَات من العدوانية لدى الفرد وتمكّنه من أن يعبر عن انفعاله .

3 ـ وتحدث تغيراً في الانفعال ، فيشعر بعض الناس بالسـعادة بينما يشعر البعض الآخر بالضيق .

4 ـ تقلل المُسْكِرَات دور الأنا ego وكذلك يضــعف دور إراده الفرد مما يؤدي إلى التعبـير عن بعض الرغبات مثل الرغــبات الجنسية أو العدوانية . وقد يعـزّز هذا السلوك من المحيطين بالفرد الذين يسمحون له بذلك تحت عنوان أنه « مخمور » أو ليس في كامل وعيه .

5 ـ ينتج من إدمان المُسْكِرَات تحطيم الـنفس الذي يتمثل في ضطراب الصحــة الجسمـــة وكذلك في فقدان الوضع الاجـتماعي مع التغـيب عن العمل وكأن ذلك يحصل نتـيجة رغبــات لاشعورية لعقاب النفس .

أعراض الاعتماد على المُسْكِرَات

يتعاطى المريض المُسْكِرَات يومياً مع زيادة الكمية باستمرار لـعدة سنوات ، كما يتعاطاه في الصباح أيضاً ، ويصبح لتعاطي هو محور حياته اليومي ، وعلى هذا يفقد عمله في النهاية ونصطرب أحواله الأسرية و لاجتماعية .

ومع حدوث التسمم الكحولي الحاد يشعـر المريض بالتعاسة أو عدم الرضى ، ويكون سهل الإثارة كما يضطرب تقديره للأمـور وتضطرب ذاكرته وكـذلك إرادته مما يؤدي إلى سلوك عـدواني أو إلى حوادث طريق إذا صمم على قيادة سيارته ، أو إلى سلوك جنسي شاذ .

إذا لم يأخذ المريض المُسْكِرَات نجده يشكو من أرق مع توتر وسهـولة الإثارة ورعشـة ، وهَلْوَسَة hallucination وضلالات وخوف وعدم استقرار حركي مع اضطراب الوعي .

الاعتمـــاد المزمن على المُسْكِرَات

يؤدي الاعتمـاد المزمن على الكحول إلى اكتـئاب ، وانتحار ، وغـيرة مرضية ، وضـلال العظمة وخرف المُسْكِرات كما يحـدث تلف الجهاز العـصبي مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب العضوي الذي يسبب تلفاً ، خصوصاً في الجزء العلوى من سـاق المخ ، و للمهاد والأجسام الحلمـية . وكذلك يسبب تليف الكبد و لتهاب البنكرياس والمعدة ، والتهاب الأعصاب (خاصة نتيجة عَوَز الفيتامين B) مع أعراض العوز الغذائي المختلفة .

الوقاية من تعاطي المُسْكِرَات

1 ـ تحسين الحالة الاجتماعية

عن طريق :

- محاربة الفقر .
- تقليل الضغوط .
- إيجاد وسائل ترويح وتسليه ونشاط اجتماعي بدون تعاطي المُسْكِرَات .
- إيجاد وسائل مقبولة للتنفيس عن التوتر النفسي .

2 ـ التعليـــم :

- وذلك عن طريق تعليم كيفية تجنب تعاطي المُسْكِرَات .

3 ـ التعـــرف :

ـ اكتشـاف الحالات الحديثة من الاعـتماد قبل أن تزمن ، مع علاج الاحـتياجات الانفـعالية والأزمات المختلفة .

علاج تعاطي المُسْكِرَات

قد يكون لعلاج في المستـشفى أو في عيادة خارجية طبقـاً لحالة المريض . ومن أهم النقاط وجود الدفع للعلاج ، والتـعامل مع المريض بحـترام وتقدير نظراً لانخـفاض الروح المعنوية لديه وحاجـته لدرجة كبيرة من المساندة .

وتحتـاج أعر ض الامتناع (الأعراض الانـسحابية) إلى لمهـدئات ، كما تحب عـلاج الأعراض العضــوية المختلفة أيضـاً أما العلاج السلوكي فـيستـخدم فيـه العلاج الشرطي المنفّـر أو المُبَغِّض ، ويـساعد عقار الأنتابيوز في هذا الأسلوب من العلاج . ويهدف العلاج النفسي الفردي ،كذلك العلاج الجماعي للوصول إلى تـغيير بعض جوانب الشخصـية . ويحصل العلاج اجماعي بواسطة مـجموعة ممّن امتنعوا فعلاً عن التعاطي

الاضطرابـات النفسية والسلوكية الناجمـــة عن تعاطي الأفيونـــات

تشمل مـجمـوعة الأفـيونات opium : المورفين ، والهيـروين ، والميثـــادون ، والمبـيردين ، والبتدين ، والريبانون .

أسلوب التـعاطي : بالفم ، بالتـدحين ، بالحقن في العـضل أو الوريد ، أو تحت الجلد . ونظراً لكثرة الحقن مع طول المدة وحدوث التجلط في الأوردة قد يحقن المريض نفسه في الوريد الفخذي

التأثيـر :

يشعر الشخص بداية بنشاط وشعور بالسعادة مع احمرار العينين وبعض الحُكاك prurigo (نتيجة الهسامين) ، ويعـقب هذا تنبيط الجهاز العصبي المركـزي فيحدث استرخاء مع قلة يقظة وفقـد شهية للأكل (القَهَم) anorexia مع نقص الشّبَق (الشهـوة الجنسية) libido . ويؤدي لتعاطي لمدة أسبوع إلى الإدمـان . وينتج عن التعاطي المزمن ضيق حدقـة العين ورعشة اليدين والإمسـاك وشعور بالضعف وقلة المزاج مع الضعف الجنسي .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) :

وتتمثل بالرغبة الملحة في التعاطي ، والتوتر والحركة الزائدة ، والتعرق وكثرة الدموع وإفراز الأنف ، والإسهال ، وسرعة دقات القلب ، والتثاؤب ، واتساع حدقة العين ، مع حدوث آلام بالجسم . وتحدث هذه الأعراض خلال ساعات من تعاطي الجرعة الأخيرة وتبلغ أقصى حدوثها في 24-48 ساعة ثم تهبط خلال أسبوع أو 10 أيام . ونظراً لشدة الأعراض الانسحابية يسعى المريض للحصول على الدواء بأي وسيلة ، فقد يسرق أو يرتكب الجرائم لتحقيق غرضه وتتدهور حالته تدريجاً ويفقد عمله .

العلاج :

يتم علاج الأعراض الانسحابية بواسطة مركب الميثادون وقد يضاف إليه الكلوربرومازين . ويباشر بالعلاج النفسي الجماعي أو الفردي مع التدعيم المستمر للمريض من قبل الأسرة والفريق العلاجي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش

المادة الفعالة في الحشيش cannabis أو الماريجوانا marijuana أو البنجو هي تتراهيدروكنابينول .

أسلوب التعاطي : التدخين ، وفي الهند يمزج مع الأكل أو الشرب .

التأثير : يحدث بعد دقائق من التدخين و1/2 ساعة من الأكل ويستمر 6-12 ساعة . ويبدأ بالشعور بالاسترخاء وبالسعادة مع إحساس بالقوة ، ويترافق مع هلوسة بصرية visual hallucination وزيادة في الشهية للأكل وانخفاض درجة حرارة الجسم . ولكن يتبع ذلك ضعف الدافع وتبلُّد الذهن bradyphrenia وفقدان الطموح ، وقد تحدث نوبات ذهانية psychotic لعدة أيام . لا يُحدث الحشيش اعتماداً جسمياً بل يحدث اعتماداً نفسياً .

الاضطرابـــات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات

تشمل الأدوية التالية : كلورال هيدرات ، ميبروبامات ، بنزودبازبين ، جلوتثميد ، ميثاكثالون .

كل هذه الأدوية تحدث التعوُّد إذا استخدمت لمدة أسبوعين أو شهر بكميات كبيرة وهي تعطي هدوءاً نفسياً وكثرة نوم .

الامتناع (الانسحاب) : قد يحتج إلى دخول مستشفى كحالة طوارئ ، ويشكو المريض من الأرق والتوتر وكثرة الحركة مع نقلق والصداع والرعشة واضطراب الشهية للأكل ، وقد تحدث اختلاجات صرعية في بعض الحالات . وعلى هذا يجب إيقاف الدواء بالتدريج عند العلاج

كما قد يبدأ حدوث أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) بعد أسبوعين من إيقاف آخر جرعة ، قد يستبدل الدواء بإعطاء دواء فينوباريتوني كبديل مؤقت .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين

يعتبر الكوكايين منبهاً للجهار العصبي المركزي فيؤدي إلى زيادة اليقظة مع زيادة النشاط العضلي وارتفع الروح المعنوية وكذلك المرح وكثرة الكلام ، ومن خلال تأثيره على الجهاز العصبي الذاتي يحدث سرعة ضربات القلب مع ارتفاع ضغط الدم وضيق في الشرايين (قد يؤثر في الحاجز الأنفي مما يؤدي إلى ثقب فيه) كما قد يؤثر مع استمرار استخدامه في حدوث ذُهَان وشكوك (زَوَر) . إذا تم تناول كمية كبيرة قد يحدث نوبات الصرع وغيبوبة وتوقف لتنفس .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : انخفاض المزاج مع الاكتئاب والرغبة الملحة في التعاطي .

العلاج : مضادات اكتئاب مثل الإيمبرامين وكذلك أملاح الليثيوم .

كما قد يفيد أمانتادين أو برموكربتين في إيقاف الرغبة الملحة في التعاطي .

العلاج النفسي الفردي والجماعي والسلوكي له فائدة في استمرار التوقف عن التعاطي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية
الناجمة عن تعاطي الكافيين

يكثر استخدام الكافيين والمواد المشابهة له (مثل ميثل زانثين . ثيوفللين ، وثيوبرومين) في القهوة والشاي والكولا والشيكولاته وفي مستحضرات علاج لزكام والجيوب الأنفية .

يتمثل تـأثير الكافيين بزيادة الانتباه والتركيز مع عـدم الرغبة في النوم . قد تحـدث أعراض مثل أعراض القلق النفسي ، أو يزيد أعراض قلق سابقة . عند تعاطي كميات كبيرة من الكافيين في بعض الأفراد الحساسين قد يصابون برعشة وأرق وتوتر وعدم استقرار .

أعراض الامتناع (الأعراض الانـسحابية) : عند التوقف فجأة عـن التعاطي يحدث صداع شديد مع كسل وزيادة نوم مع سهولة الإثارة .

العلاج : تنظيم كمـيات التعطي اليـومية مع توعية الفـرد عن كميات الكافـيين في المشروبات المختلفة .

الاضطرابات النفسية والسلوكية
الناجمة عن تعاطي المُهَلْوِسَات

تتضمن المهلوسات حمض الليسرجيك L.S.D ومشتقاته ، السيلوسيبن ، المسكالين . يحدث التـأثير خلال نصـف ساعة من أخـذ الدواء ، ويمتد إلى 12 ساعـة ، فيـحدث هلاوس متنوعة مع الاحتفاظ بالبصيرة ، وقـد يعقب ذلك شعور اكتئاب أو خوف ، كما قد يحدث استرجـاع للتجربة النفسية التي مَر بها المتعـاطي خلال سنة عقب التعاطي مع حدوث هلاوس بصرية . كما قد يحدث ذُهَان شبه فُصَامي مع اضطراب التفكير .

العلاج : بعض الأدوية مثل مركبات البنزوديازيبن مع طمأنة المريض .

الاضطرابات النفسية والسلوكية
الناجمة عن التبغ

يعتبر النيكوتين أهم مـادة فعالة في التـبغ ، وهو يحدث زيادة إفـراز اللعاب وزيادة حركة المـعدة مع زيادة إفراز الحامض المعـدي ، كما يؤدي إلى نشاط الحـركي مع اليقظة

والانتباه والتركيز ويثبط الشهية مما يمنع زيادة الوزن . إن استمرار تعاطي التبغ يؤدي للاعتماد عليه .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : التهيُّج وسهولة الإثارة ، قلة الانتباه والتركيز ، مع زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن مع تواجد رغبة ملحة للتعاطي .

مضاعفات تعاطي التبغ لمدة طويلة : أمراض الرئة المزمنة ، سرطان الرئة ، سرطن البنكرياس ، سرطان المثانة ، أمراض الشريان التاجي . وهو لذلك يتسبب في زيادة معدلات الوفيات عن المعدل

العلاج : العلاج السلوكي . العلاج بالأدوية .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة

تشمل المنظفات المذيبة والمواد اللاصقة والضبوبات aerosols ، والأسيتون ، والطولوين . ونظراً لسهولة تواجد هذه المواد في الاستخدام المنزلي فقد يسهل تعاطيها خاصة من قِبَل المراهقين .

يشعر الفرد بعدم توازن ودوخه ويضطرب نطق الكلام وينعدم التآزر الحركي وتظهر بعض اضطرابات الإدراك . كما يحدث فقدان الوزن . ويحدث الاعتماد النفسي ولا يحدث الاعتماد الجسدي .

آثار التسمم : تلف الكبد والكلى ، اضطراب ضربات القلب الذي قد يؤدي للوفاة فجأة ، تلف الجهاز العصبي والأعصاب الطرفية ، حدوث فقر الدم .

الجريمة والاعتماد على الأودية

يلعب الكحول ومواد الإدمان دوراً هاماً في حدوث الجريمة ، وذلك بناء على اضطراب الحكم على الأمور ، مع ضعف سيطرة قشرة المخ ووظيفة الأنا الأعلى (الضمير) . بما أن الاعتماد يؤدي إلى البطالة وقلة الدخل فإن المريض قد يلجأ إلى أعمال مخالفة للقانون (مثل السرقة والنصب) لكي يوفر لنفسه الدواء على حساب احتياجاته الأخرى وعلى هذا فإن الوقاية والعلاج من الاعتماد على الأدوية من أهم ما يشغل المجتمع .

الاضطرابات النفسية العضوية

organic mental disseases

وستتناول بالتفصيل كل من الخَرَف dementia والهَذَيان delirium

أولاً : الخَــــرَف

Dementia

الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني
الأستاذ الدكتور فاروق طلعت
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الأسباب

1 ـ الخَرَف الكهلي presenile dementia

(أ) مرض آلزهايمر
(ب) مرض بك
(ج) مرض « جاكوب ـ كروتز فيلد »
(د) رقص هنتنجتون
(هـ) الاعتلال الدماغي الإسفنجي تحت الحاد subacute spongiform encephalopathy

2 ـ خَرَف تصلب الشرايين

3 ـ أسباب التهابية مثل :

(أ) الزهري (الافرنجي) **syphilis**
(ب) التهاب الدماغ **encephalitis**
(ج) التهاب السحايا **meningitis**
(د) خراج الدماغ

4 ـ أسباب رضحية مثل إصابات الرأس .

5 ـ أسباب ورمية مثل أورام الدماغ وعلى الأخص أورام الفص الجبهي .

6 ـ أسباب سمية مثل التسمم بأحادي أكسيد الكربون والكحول وإدمان الأدوية .

7 ـ أمراض العوز (النقص الغذائي) مثل .

(أ) الاعتلال الدماغي المنسوب لفيرنيكه Wernicke's encephalopathy وهو ينجم عن عَوَز الفيتامين B

(ب) البلاغرة pellagra

(ج) فقر دم التنكس المشترك تحت الحاد للنخاع subacute combined degeneration of spinal cord anemia في حالات فقر الدم الوبيل pernicious anemia .

8 ـ اضطرابات الاستقلاب (الأيض) والغدد الصم مثل اليوريمية uremia وقصور الكبد والشُّحَام lipidosis وقصور الدرقية .

9 ـ أمراض نزع الميالين مثل التصلب المنتثر (التصلب المتعدد) disseminated (multiple) sclerosis .

10 ـ بعض أنواع الرَّنَح (الرَّنَح الوراثي hereditary ataxia) .

11 ـ نقص الأكسيجين مثل حالات الصرع العنيد أو الصرع المستعصي المزمن

12 ـ اللُّهاد المزمن مثل الفُصام .

13 ـ الاستسقاء الدماغي منخفض الضغط أو استسقاء الرأس المتصل .

14 ـ الباركنسونية (مرض باركنسون) .

الصورة السريرية (الإكلينيكية) للخَرَف

1 ـ ضعف ملكة التمييز وضعف التفكير والاستنتاج مع فشل في فهم المغزى وفي التفاعل كما ينبغي .

2 ـ ضعف الذاكرة للأحداث القريبة أكثر منه بالنسبة للأحداث البعيدة .

3 ـ إدراك معيب مع ضلال (وُهام) زماني مكاني .

4 ـ عدم ثبات (تَقَلُّب) الانفعال مع استثارية (تَهَيُّج) أو ثوران وجذل أو نشوة واكتئاب أو كآبة وقلق .

5 ـ توهمات العظمة المصحوبة بجذل أو توهمات مَرَاقية (توهم وجود مرض غير موجود) مصحوبة بكتئاب .

6 ـ إهمال النظافة الشخصية واللباس وسلس البول والبراز في المراحل المتأخرة .

7 ـ اضطراب وظيفة الكلام واللغة مثل الكلام الخالي من المعنى و لحبسة الرطانية jargon aphasia والعَمَه agnosia وتعذر الأداء apraxia .

8 ـ أعراض وعلامات مخية بؤرية تتوقف على موضع الآفة المسببة .

الخـــــرف الكهلـــي
presenile dementia

مرض آلزهايمر

هو أكثر أنماط الخَرَف الكهلي شيوعاً ، وغالباً ما يحدث في لعقدين الخامس والسادس من العمر ، ولكنه قد يبدأ في العقد الرابع أو يظهر بعد العقد السادس وفي مرحلة الشيخوخة في بعض الحالات . وقد يرجع إلى عوامل وراثية عائلية حيث ينتقل عن طريق الوراثة السائدة .

الباثولوجيـــا في مرض آلزهايمر

ـ تنكس degeneration وضمور متزايد أوضح ما يكون في الفصين الجبهيين مع توسع التلافيف و لبطينات

ـ لويحات شيخوخية senile plaques تتكون من خلايا نجمية astrocytes وخلايا عصوية rod cells مكتظة بلييفات عصبية وافرة على نحو شاذ .

ـ حُبَيْكاتٌ (كتل متشابكة الخيوط) من اللُّيَيفات العصبية neurofibrillary tangles .

ـ تَنَكُّسٌ حُبَيْبِيٌّ فَجَوِيّ granulovacular degeneration في عَصَبُونات قرن (آمون) .

وقد يبدو أن مرض آلزهايمر أياً كان سببه عبارة عن اضطراب في بروتين الألياف العصبية ، والعديد من السموم مثل الألومنيوم والفنكريستين قد تتسبب في إحداث ذلك الاضطراب ، كما يمكن أن تحدث تغيرات باثولوجية مشابهة في متلازمة (داون) المنغولية وفي أدمغة لمسنين .

الصورة السريرية (الإكلينيكية)

يبدأ الخَرَف تدريجياً ، وأول مظاهره فقدان الذاكرة القريبة أو ضعفها . وفي البداية يكون المريض مدركاً لعجزه ويبدو مكتئباً إزاء فشله في إنجاز مهام كانت بالنسبة له روتينية من قبل ، ثم تتفاقم الحالة بشكل متزايد بحيث تصبح واضحة لزملائه في العمل وأفراد أسرته . وتتميز الحالات المتقدمة من المرض بفقدان الذاكرة ولا مبالاة في السلوك واللباس وضلال زماني مكاني واضطرابات الكلام مثل الحبسة واللكنة وعمه حسي وسلس البول والبراز وفرط المنعكسات العميقة exaggerated deep tendon reflexes ، واستجابة أخمصية باسطة extensor planter response ورعشة في الوجه واليدين وتشنجات في أقل من عشرة في المئة من الحالات ، ويصبح المريض عاجزاً تماماً في خلال خمس سنوات إلى عشر سنوات ، وتحدث الوفاة عادة نتيجة الامخمصة (الخواء) starvation أو العدوى الثانوية . ويكشف تخطيط الدماغ الكهربائي عن تغيرات منتشرة تتميز بفقدان النظم الأساسي الطبيعي وظهور نشاط كهربائي منتشر بطيء عالي السعة

أما تصوير الدماغ بعد حقن الغاز pneumoencephalography والتصوير المقطعي المُحَوْسَب CT scan فيكشف عن توسع البطينات مع زيادة كميات الهواء على سطح الدماغ نتيجة لضموره

التشخيص التفريقي

يجب أن نميز بين آلزهايمر وبين الأمراض التاليه .

1 الأورام السحائية الجبهية بطيئة النمو slowly growing frontal meningiomas .
2 ـ استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أو المنخفض الضغط .
3 ـ التسمم الدوائي المزمن .
4 ـ الورم الدموي hematoma المزمن بالجانبين .
5 ـ التهاب الدماغ المزمن .
6 ـ قصور الدرقية .
7 ـ فرط كالسيوم الدم .
8 ـ عوز الفيتامين B12.

مـــرض « بـــك »

هو مرض نادر يرجع إلى عوامل عائلية أحياناً ، ولا يمكن تمييزه عن مرض (آلزهايمر) على المســـتوى الســـــريري (الإكلينيكي) ، أما التغيرات الباثولوجية المصاحبة له فإنها أكثر

وضوحاً في الفصين الصدغيين ، على الرغم من أنها قد تكون منتشرة على نحو ما يحدث في مرض (ألزهايمر) ، وتتميز باختفاء الخلايا العصبية تماماً في التلافيف المصابة مع تكاثر وافر للخلايا النجمية . وتظهر مشتملات أليفة الفضة (مصبوغة بالفضة) argentophilic inclusions داخل العَصَبونات neurons وتعرف بجسيمات بك ، كما تظهر جسيمات ميرانو في قرن أمون . وهي عبارة عن بنى خيطية يمكن مشاهدتها بالمجهر الضوئي . وتُظْهِر دراسة التصوير المقطعي المحوسب CT scan توسع الأخاديد والبطينات بما يشير إلى ضمور قشري cortical atrophy وبخاصة في الفصين الصدغيين .

ويظهر مخطط كهربية الدماغ موجات بطيئة عالية السعة في نسبة كبيرة من الحالات ، وهذا الشذوذ في مخطط كهربية الدماغ يشبه التغير المصاحب لمعظم حالات التهاب الدماغ الشامل المصلب تحت الحاد subacute sclerosing panencephalitis . وهناك حالات تحت عائلية من مرض جيكوب ـ كروتزفيلد . ولو أن حالات الالتهاب تحدث فرادى بوجه عام ، وهو يصيب الجنسين دون ميل خاص لأحدهما ، وينتهي بالوفاة خلال عامين في تسعين في المئة من الحالات . ويبلغ متوسط العمر عند بدء الحالة حوالي ثنين وخمسين عاماً ، ولكنه قد يبدأ مبكراً في العقد الثاني من العمر ، وقد تتأخر البداية إلى العقد السادس أو السابع ، ولا يوجد علاج نوعي لهذا المرض حتى الآن .

استسقاء الرأس الطبيعي الضغط
متلازمة حكيم وآدمز

وصفها حكيم وآدمز و[illegible] عام 1965 ، ويرجع الاهتمام المتزايد بهذه الحالة منذ ذلك التاريخ إلى كونها قابلة للعلاج . وقد يبدو التفكير في هذا التشخيص عند تناول كافة حالات الخَرَف المتزايد أمراً منطقياً ، وتتميز هذه المتلازمة بخَرَف هيِّن تحت الحاد . يعزو معظم الباحثين هذه الأعراض إلى تعذر الأداء apraxia ، ويميل سلس البول إلى الظهور مبكراً . أما العلامات العصبية البؤرية فنادراً ما تحدث . وكثيراً ما تكون الحالات مسبوقة بنزف تحت العنكبوتية أو التهاب السحايا أو أذى الرأس أو بجراحة حديثة في الحفرة الخلفية للجمجمة . ويعتبر استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أحد المضاعفات الآجلة لالتهاب السحايا نتيجة لإعاقة امتصاص السائل النخاعي بسبب التصاقات السحايا المترتبة عليها . ويكشف تصوير الدماغ بعد حقن الغاز عن توسع متناظر بالبطينين الجانبيين وخاصة في أجزائهما الأمامية مع ندرة الهواء فوق تحدب الدماغ ، كما أن حقن نظير مشع في الحيِّز تحت العَنْكبوتية القطني ومراقبة انتشاره وتسريب محلول ملحي طبيعي داخل القراب intrathecal وتوليد منحنيات ضغط متميزة قد يساعد في تشخيص استسقاء الرأس المنخفض الضغط ، وعلاج هذه المتلازمة يتم بنجاح بإجراء جراحة مجازة shunt operation للسائل النخاعي .

وتجدر الإشارة إلى أن التدهور العقلي قابل للعلاج في الحالات الناتجة عن أورام الدماغ ونقص فيتامين (B1 وB12) ونقص الدرقية وفرط كالسيوم الدم وإدمان المسكرات .

خَرَف الشيخوخة

senile dementia

هناك نوعان من خَرَف الشيخوخة هما .

1 ـ خَرَف الشيخوخة المجهول السبب idiopathic senile dementia ويرجع إلى مرض (آلزهايمر) ذي البداية المتأخرة .

2 ـ خَرَف الشيخوخة الثانوي secondary dementia لمرض عضوي في الدماغ .

التشخيص التفريقي :

يجب أن نميز الخَرَف من الحالات الآتية :

1 ـ الورم الدموي تحت الجافية subdural haematoma .

2 ـ الاكتئاب .

3 ـ الحبسة الاستقبالية أو الحسية receptive (sensory) aphasia الناتجة عن آفة بؤرية بالدماغ .

4 ـ الخَرَف الكاذب الهيستيري hysterical pseudo-dementia .

ثانياً : الهَذَيَان

delerium

يعتبر الهَذَيَان من أكثر الأمراض النفسية العضوية التي يصادفها الطبيب عند ممارسته للطب ، ويصيب على الأخص الأطفال والشيوخ ، وذلك بسبب حساسية الدماغ في هذه الفترة الزمنية لأية تغييرات استقلابية (أيضية) أو كيميائية أو دورانية أو أي اضطراب آخر .

وقد يستعمل تعبير مرادف آخر للهَذَيَان وهو التفاعل العضوي الحاد acute organic reaction ، وكلا التعبيرين يعبران عن حدة ومفاجأة في بدء الأعراض (وكون هذه الأعراض عضوية) ، ويدلان كذلك وبالأخص على قصر مدة الحالة إذ غالباً ما لا تتجاوز بضعة أيام .

إن تعريف الهَذَيَن قد يشمل معان كثيرة ، متضمنة لكل أنواع الاضطرابات العصوية الحادة ، فيها كل درجات الاضطراب الواضحة للعيان ، وفي أحيان أخرى يحدد فقط معان محددة تشمل

حالة اليقظة والاستجابة كلامياً وزيادة الحركة واضطراب وجداني شديد ونقص في التعرف على الواقع وظهور أعراض إيجابية مثل الهلوسة والانخداع .

أســـباب الهَذَيـــان

إن التـوازن النفسي للإنسـان ناتج عن التوازن في مـحيَطيْـه الداخلي والخارجي ، فـأي اضطراب فيزيائي أو عضوي داخلي أو خارجي قـد يؤدي في الأشخاص المعرضين إلى هَذَيَان ، ولقد سبق وأن ذكرنا أن الأطفـال أكثـر تعرضاً للإصـابة بالهَذَيَان ، وذلك لعـدم اكتـمال نمو الدماغ ، مما يـجعلهم متحسسين لأي تغـير في الجسم كارتفاع درجة الحرارة المفاجئ أو الالتهابات العـدوائية الحادة أو فقدان السوائل والأملاح بسبب الإسهال .

وكذلك الأمـر بالنسـبة لكبـار السن ، فإن تصلب شـرايين الدماغ مع تدهور تدريجي فـي نشاط الدماغ وقلة الخلايا الدمـاغ القشرية النسبي يجعل الدماغ أكـثر عرضة للتأثر بانخفـاض مستوى السكر بالدم أو هبـوط ضغط الدم ونقص الأوكـسجين ، كما في مثل القـلب وغيـرها من الاضطرابات الاستقلابية أو الدورانية ، كما أن تغير المحيط الخارجي كارتفاع درجة الحرارة وانخفاضها الشديد يؤثر وبالأخص على الأطفال وكبار السن مودياً إلـى حالة الهَذَيَان .

ومن الأسباب المؤدية للهَذَيَان :

1 ـ **سبب تنكسي degenerative**: الخَرَف الشيخوخي أو الكهلـي المصاحب بالالتهابات أو عوز الأكسجين .

2 ـ **الأورام**: آفات تحـتل حَـيِّزاً space occupying lesions مثل ورم الدماغ ، خراج دماغي ، ورم دموي تحت الجافية .

3 ـ **الرضوح**: إصابة الرأس ، هَذَيَان حاد ما بعد الإصابة .

4 ـ **الالتهابات**: التـهاب الدمـاغ ، التـهـاب السـحـايا ، زهري المجمـوع العصبي ، التهاب الرئـة ، ملاريا الدماغ ، داء المُقَوَّسات ، داء الرَّقَص الروماتزمي ... إلخ .

5 ـ **سبب وعائي**: الخـثرة الدمـاغيـة الحادة ، نوبات حـادة بتصلب الشـرايين الدمـاغيـة المزمن ، الإقفـار الدمـاغي المؤقت ، نزف تحت العنكبوتية ، داء الذئبة الحمامية المنتشرة .

6 ـ **سبب صرعي**: النوبات الحركية النفسية ، الصـرع الصغير ، حالات ما بعد النوبات .

7 ـ **سبب استقلابي (أيضي)**	يوريمية ، فشل الكبد ، اضطرابت الشوارد ، قُلاء ، حُمض ، تأثيرات بعيدة للسرطان ... إلخ .
8 ـ **سبب صمّاوي**	نوبة فرط الدرقية ، وذمة مخاطية ، نوبة أديسونية ، قصور الغدة النخامية ، المرحلة السابقة للغيبوبة السكرية ، نقص سكر الدم .. إلخ .
9 ـ **سبب تسمُّمي**	الكحول ، اعتلال الدماغ لفيرنيكه ، هَذَيَان ارتعاشي ، جرعات زائدة من أدوية الباربيتود وغيرها من المنومات ، الحشيش ، مضادات مرض باركنسون ، مضادات المغص ، حمض الساليسيك ، مضادات الاكتئاب ... إلخ .
10 ـ سبب دوراني	التهاب الرئة والقصبات ، فشل القلب ، اضطراب نظم القلب ، جلطة قلبية صامتة ، نزف صامت ، التسمم بأحادي أكسيد الكربون .
11 ـ **سبب عَوَزي**	عوز الثيمين (اعتلال الدماغ لفيرنيكه) ، حمض النيكوتينك والفيتامين B12 .

وعلى الرغم من كثرة الأسباب التي تؤدي إلى الهَذَيَان فإن الطريق النهائي المشترك لجميعها هو اضطرابات استقلابية (أيضية) في المناطق الدماغية المسؤولة عن الوعي ، وفي زمن ما سابق لظهور الإيدز كانت الأمراض المعدية (infections) أكثر الأسباب شيوعاً للهَذَيَان . أما في الوقت الحاضر فإن التسمم بالأدوية هو أكثر الأسباب المؤدية للهَذَيَان . وفي بريطانيا مثلاً فإن التوقف عن معاقرة المُسْكِرَات عند المدمنين هو الأكثر شيوعاً . وفي أحيان كثيرة يصعب التعرف على سبب الهَذَيَن في ما عدا حالات الرضح على الرأس عندما يكون السبب المرضي المؤكد لهذه الشدة أو حالات السكتة الدماغية .

الأعراض والعلامات
symptoms and signs

تتكون الأعراض والعلامات نتيجة لاضطراب فعالية الدماغ الطبيعية بسبب اختلالات استقلابية (أيضية) ، كيميائية ، حيوية ، كهربائية أو ميكانيكية . تتبع الأعراض مخططاً ثابتاً على الرغم من اختلاف المسببات .

وقد تكون شخصية المصاب وخلفية الصورة المرضية واضحة ، وخاصة عندما تكون الإصابة خفيفة أو بسيطة ، وتؤثر بالأخص على الطبيعة الوجدانية أو محتوى الأفكار التوهمية .

غالباً ما تبدأ الحالة بصورة فجائيـة ، وقد لا تظهر الصورة بوضوح عندما تكون البداية تدريجية ونسبة كـبيرة من حالات الهَذَيَان قـابله للشفاء عندما يمكن معـالجة لعوامل المسببـة لها ، ولكنها في بعض الأحيان تتطور لتصبح حالة عضوية مزمنة ، كما يظهر بعد أن تتوضح صورة الذُهَان الحاد الذي يعقب الرضح على الرأس لتظهر حالة من الخَرَف أو عتلال الدماغ لفيرنيكه .

إن من أهم الأعراض العامة لكل أنواع لهَذَيَان ما يلي :

اختــلا ل الوعـــي
impairment of consciousness

يعتبر اخـتلال الوعي التغيير الأسـاسي في حالات الهَذَيَان ، ويكون إلى حد ما عـاماً وشاملاً . فلذلك أهمية خاصـة في اكتشاف الهَذَيَان وفي تقييـم شدته . وعلى الرغم من أن لأعراض الأخرى كاضطراب الحركة ، واضطرب الانفـعالات ولعواطف والإحساسات أكثر حـدة ووضوحاً ، ولكنها ليست ثابتة ولا نجدها دائماً في كل المرضى .

تتراوح شـدة اختلال الوعي بين قصـور بسيط في الوعي ، قد لا يمكن التـعرف عليه إلى غيـبوبة عمـيقة . وبتأرجـح شدة اختلال الوعي عـندما تكون ضعيـفة . وغالبـاً ما تسوء ليـلاً مع التعب ، والإعياء وتغيرات البيئة المحيطة بالمريض .

إن هذا التغـير التـموجي في الوعي ومـا يتخلله من صفـاء في الوعي ، يعتـبران من العـلامات السريرية المهمة لتشخيص الهَذَيَان وتفريقـه عن الحالات الوظيفية والحالات العضوية المزمنة . فقد يرى الزائر أثناء النهار المريض في أحسن حالاته من صفاء الذهن وتسوء هذه الحالة ليلاً .

وليس من الضروري أن لا يكون المـريض مستجـيباً للمنـبهات الخارجـية ، وخاصـة في الحالات البسيطة من اضطراب الوعي ، فقد تكون اسـتجابة المريض طبيعية ومسـتوى اليقظة عالياً . ويصعب التعرف على أنه مصاب بالهَذَيَان ، إلا إذا فحص المريض بصورة دقيقة ، وخاصة إذا فحصت الذاكرة التي تفقـد أو تضعف بالنسبـة للأحداث أثناء فترة الهَـذَيَان . وقد تظهر نوبة من عـدم السيطرة على البول وتكون حينئذ من العلامات الأولى .

وغالباً مـا تضطرب دورة النوم ـ اليقظة بدرجات متـفاوتة من الشدة ، متضـاعفة باضطراب النوم وأحلام اليقظة وبتفكير كـالحلم . كذلك يضطرب النمط اليوماوي circadian الحركي مع ميل للنوم أثناء النهار وللاستيقاظ ليلاً .

وفي الحالات الشديدة لاعتلال الوعي يلاحظ أن المريض يبطئ في الاستجـابة ، ويتعثر في متابعة المحادثة والانتباه للحوادث الخارجية . وقد تكشف الاستجابة للأوامر ضعف في الفهم وغياب الإرادة

لتنفيذها . وبعد ذلك يغلب النعس على المريض وينام بكثرة ، وعندما يوقظ يستجيب بصورة مشوشة وبطيئة .

السلوك النفسي الحركي psychomotor behavior

تقل حركة المريض بصورة مستمرة بازدياد اختلال الوعي ، وعندما يترك المريض لحاله يظهر قليلاً من الحركة الذاتية ، أما الأفعال المعتادة كالأكل مثلاً فتنفذ بطريقة أوتوماتيكية ، وتضمحل قابليته للحركات الهادفة . وعند الضغط على المريض لأداء فعل ما يكون بطيئاً أو متردداً وغالباً ما يكون الأداء متكرراً . فيصبح الكلام بطيئاً وقليلاً . والأجوبة نمطية وقد تكون غير مفهومة . وفي الحالات الشديدة يصبح الكلام عبارة عن أصوات غير مفهومة .

إن ما ذكر عن السلوك الحركي هو الأكثر شيوعاً في حالات الهَذَيَان ، ولكن في بعض الحالات يحدث العكس ، ويصبح الحركة مفرطة مع سلوك مضطرب ضوضائي . وأفضل مثل على ذلك الهَذَيَن الارتعاشي في بعض حالات الالتهابات العامة ، فتزداد الحركة النفسية الجسمية بصورة مفرطة ، مع ميل لرد الفعل الابتدائي ، فيجفل المريض وتكون فرص الحركة عنده على شكل حركات هادفة مثل مسك أطراف الأغطية ، أو مسك أشياء أو حشرات وهمية ، ونادراً ما يقوم بحركات نمطية معقدة كتمثيل قيادة سيارة أو إعادة تمثيل عمله . وفي حالات نادرة تكون الحركات هجومية ، أو يحاول الهرب من مكان تواجده .

التفكيـــر thinking

تظهر على التفكير تغييرات خاصة عندما يضطرب الوعي ، ففي المراحل الأولى يظهر بطء وصعوبة في تركيز الأفكار أو في تكوين أفكار معقدة . ويتبين للفاحص تعب فكري ، وبعد ذلك يبدو التفكير المنطقي أقل وضوحاً وتماسكاً ، ويقل النطق ، ويصبح التفكير أكثر إجهاداً ، ويضعف تنظيم الأفكار مع قلة الوصلات الفكرية بين الماضي والحاضر .

وقد تدخل أفكار غريبة إلى وعيه ويقبلها المريض بطريقة سلبية . ويلصق أهمية كاذبة إلى الإشارات الخارجية ، وتمتزج معها هلاوس وأوهام (ضلالات) . وقد يستمر المريض بحالات الأحلام التي تؤدي به في النهارية إلى أحلام اليقظة .

وقد تظهر أفكار أو أوهام تعتمد بالتأكيد على مواصفات الشخصية السابقة ، وبالأخص الأوهام الاضطهادية التي تظهر أكثر شيوعاً ، وتكون غامضة غير منظمة ، مؤقتة ، وسطحية ولا يعيدها المريض بنفس الصيغة مرة ثانية . وربما تبدر من الشخص المصاب بالهَذَيَن حركات هجومية .

وتغيب البصيرة منذ البداية وقد تتغير بين فترة وأخرى اعتماداً على التغير في مستوى الوعي .

الذاكـــرة
memory

تتأثر الذاكرة بمستوى الوعي ، فعند اضطرابه يختل تسجيل الذاكرة والحفاظ عليها واستدعاؤها . فتسجيل الحوادث الآنية يتعطل بنقص الانتباه والإحساس والفهم . وعليه تقل الذكرة لحفظ الأرقام . وكذلك يتعطل الاحتفاظ بذاكرة الأشياء مؤدياً إلى صعوبة تعلم جديد ، وهو دليل سريري حساس على اضطراب الذاكرة ، وهكذا يتأكد اضطراب الذاكرة القريبة بالمقارنة إلى لذاكرة البعيدة لمدى والتي يحافظ عليها . وقد تتكون ذكريات كاذبة ، وقد يظهر تخريف ويملأ المريض الذاكرة بذكريات كاذبة وعند الشفـاء لا يستطيع المريض تذكـر الحوادث التي مر بهـا أثناء الهَذَيَان ولو أن هناك تذكر لفـترات الصحو .

وكذلك يؤدي اضطراب الذاكرة والتذكر إلى ضـــلال (وُهَام) مكاني وفي مرحلة متقدمة ضلال (وُهَام) شخصي عندما يصعب على المريض التعـرف على الأشخاص الذين كان يعرفهم في السابق بسـبب تدهور حالة الإدراك والمعـرفة . وقـد يتـأرجح هذا الوُهَام (الضلال) شـدةً ونقصـاً ، وتمر بالمريض فترة يصحو من الضلال (الوهُام) لبضـعة دقائق أو ساعات ثم ينكس مرة أخرى إلى حالة الضلال (الوُهَام) . وأول ما قـد يصيب به المريض هو الضلال (الوُهَام) الزمانـي إذ يعجز المريض عن معرفة الوقت القريبي والتاريخ واليوم والأسبوع

الإدراك
perception

غالبـاً ما يجلب اضطراب الإدراك الانتـباه إلى الهَـذَيَان ، ولكن يجب التأكيـد على أن اضطراب الإدراك ليس من المظاهر الأساسية في كل حالات الهَذَيَان ، بل يجب الاعتماد على ضطرب التفكير والذاكرة للاستدلال على اضطراب الوعي ، وهو الأساس القوي لتشخيص الهَذَيَان

في بداية الأمر يجد المريض صعوبة في الإدراك ، ويحتاج إلى تركـيز عال لكي يســـتطيع لتمييز وخاصــة بصرياً . وفي أحـيـن قليلة يظهر الإدراك بصـورة حادة جـداً . قد يؤدي اضطراب الإدراك البصري إلى رؤية الأجسام صغيرة (رؤية مستصغرة) micropsia أو كبيرة (رؤية ضخامية) mac ropsia واضطراب الإدراك السـمعي قـد يؤدى إلى صـعوبة التـواصل مع الأخـرين . وقد يحـدث اضطراب إدراكي لشكل الجسم ككل أو لأجزاء منه ، فقد يحس المريـض بأن جسمه بدأ يصغر ، أو طرف من أطرافه تقلص أو قطع منه .

ومن الأعراض الشائعة **تبدد الشخصية** depersonalization ، لغربة عن الواقع أو **تبدّل إدراك الواقع** derealization ولو أنه لا يعبـر عنها كـاملاً . وقد تتـفكك حدود الإدراك بين الانفـعالات النفسية الداخلية والمحيط ، وبين النفس والآخرين مؤدية إلى شعور مرعب من فقدان الكيان الشخصي والجسمي .

ومن لتعييـر ت المهمة نسبياً ، فقـدان التمييز بين العالم الداخلي والعالم الخـارجي ، واضمحلال القابلية للتفريق بين الاثنين ، ونتيجة لذلك تمتزج الأحاسيس والأفكار مع بعضها البعض ، فيضطرب إدراك الأحداث الخارجية مع عدم القابلية لاحـتـواء عـنصـر الخبرة ونسبها بطريقة ذات معنى . وقد لا يعي المريض ما يحيط به بشكل واضح . هل هو واقف أو مستلقٍ أو داخل أو خارج المنزل .

وتؤدي اضطرابـات الإدراك إلى خـطأ في التـعـرف والمعـرفـه وإلى وُهامـات (ضـلالات) delusions ، وتكون عادة سطحية ومـتغيرة . ويشيع الاضطراب الإدراكي في المجال البـصرى أكثر من غيره من المجـالات الحسية ، فمثلاً يخـطىء المريض بالتعرف على الممرضة على أنها أفـراد عائلته والمصح على أنه بيته وهكذا

وتظهر الهـلاوس وخاصة في المجـال البصـري ، ولو أن الهلاوس السـمعيـة أو اللمسيـة تظهر كـذلك ، تنتج هذه الهلاوس جـزئيـاً من العجـز في التفـريق بين الصـور الداخلية وبين الإدراكـات الخارجية ، وكذلك من أحلام اليقظة التي يمر بها المريض أثناء تغـير مستوى الوعي بين فترات الصحو واضطراب الوعي ، وعند ذلك يأخـذ المريض مـعه هذه الأحـلام وتتألف الهـلاوس البصـرية من إشعاعات من الضـوء ، وأشكال هندسية أو ألوان . وقد تكون الهلاوس أكثر تكـويناً وانتظاماً فتظهر على شكل مناظر . وأناس أو حيوانات متحركة أو ألوان .

وقد تكون الصـوره مشوهة على شكل كائنات مـصغره . ويكون المريض مدركـاً لهذه الظاهره ، وقد يشـارك بها أو يتعامل مـعها بصورة منـاسبة وعادة بخـوف وحذر وفي بعض الأحيان بالاهتـمام والانبساط .

ومن الهلاوس الخاصة في حالات الهَذَيَان الارتعاشي مـا يكون شديداً ومرعبـاً ، وتبدو البقع أو الخطوط على الجدار كحشرات أو ثعابين ، وتظهر الهلاوس البصرية ، على شكل متكرر ومتغير على شكل حيوانات بألوان زاهية ، وغالباً ما تكون بأحجام صغيرة . وتكون الهلاوس السمعية على شكل أصوات مهددة أو مطاردة .

الانفعـــال
emotion

في المراحل الأولى للهَذَيَان تظهـر اكتئاب خـفيف ، إضافة الى قلق وهـيجان ، ولو أن اضطراب الوجدان يكون سطحيـاً . وعند تقدم الحالة تظهر بوضوح حالة عـدم اكتراث ، وقد تمر دورة المرض كلها بحالة من عدم الاهتمام مع تقوقع انفعالي

وقد نرى انفعالاً وجدانياً حيوياً في حالات فرط الفعالية النفسية الجسمية عندما يصبح الاضطراب الوجداني شديداً . يشيع القلق والخوف ويزداد إلى درجة الرعب والهَلَع مع ازدياد دقات القلب والارتعاش . ويظهر الاكتئاب أكثر من النشوة وأكثر من العُصَاب .

يتحدد اختلال الوجدان جزئياً بسبب ما يؤدي إليه المرض الجسمي من كرب ، وكذلك بالإدراك الجزئي للاضطراب المعرفي ، وقد تضاف صفات شخصية المريض إلى رد الفعل الوجداني .

أعـــراض أخرى

قد تظهر أعـراض أخرى مصحبة ، وخـاصة في الحالات الخفيفـة مثل أعراض من القلق للكرب الخاص نتيجـه المرض العضوي ، وقد تظهر الجوانب لشخصيـه الضعيفه للمريض أعـراضاً مراقية أو رُهَابية . وكذلك قد تبدو على المريض أعراضاً استقلابيـة وغالباً ما تُكَوِّن مؤقتة ولكن عند استمرارها تؤدي إلى صعوبه في التشخيص .

وقد تـظهر أعراض زَوَرَانـية (paranoid) ، وقد تغلب هذه الأعـراض في المراحل الأولى على السمـات الشخصيـة للأشخاص المعرضين . وفي بعض الأحـيان يكون الطابع القُصَـامي كل الصورة المرضيـة . ويتطور اختلال المعـرفة فتظهـر الحالة الخفـيـفة بصورة جلية للانـفعال العضـوي الحد أو الهَذَيَان . وقـد يقع الطبيب في الخطأ فيشـخص الحالات البسيطة للانفـعال العضوي الحـاد على أنها حالات نفسية عصوية .

التفريـق بين الحالات العضويـة والحالات الوظيفية

يصعب التـفريق بين الحالات العضويـة والحالات الوظيفية في الدرجـات البســيطة أو الخفـيفة ، وفي بعض الأحيـان ، تشخص الحـالات العضـوية على أنها وظيفـية عندمـا تغلب الاضطرابات في الشخصية في مرحلة ما قـبل تجلّي المرض وتكوُّن الصورة العضوية ، مؤدية إلى حالات من الشكوك والاكتئاب مضافة على الحالة .

وعلى عكس ذلك تشخص الحالة الوظيفـية على أنها عضوية عندما يبدو للطبـيب اختلال معرفي مثل شكوى المريض المكتـئب من اضطراب في الذاكرة أو تشوش فكري . فبين الخطأ فـي التفريق بين الحالات العضوية أو الوظيفية يكون الخطأ في تشـخيص الحالات العضوية أكثر خطورة ، ولربما يؤدي إلى عواقب أوخم مما لو أخطأنا في تشخـيص الحالات الوظيفـية . فلذلك يجب الاهتمام بالأعراض الجسمية وعدم إهمالها عندما يشكو منها المريض ، وإعطاء مجال كاف له ليعبر عنها ، والقيام بفحص سريري دقيق للتأكد من عـدم وجود سبب عضوي . وعند محاولات التفـريق بين الاعتلال العضوي والوظيفي هنالك مبدئ سريرية يؤخذ بها وهي .

1 ـ أعراض هستيرية (تحويلية تفارقية) . لا يمكن تشخيص الهستيريا إلا بعد التأكد من وجود تفسير نفسي كاف وبعد فحص كل عرض بدقة . فقد يبدأ المرض الدماغي بأعراض تشبه الهستيريا في آفات الفص الجداري ، وقد تظهر أعراض هستيرية أو قد تبدأ الأعراض الهستيرية بسبب مرض عضوي .

2 ـ الشخصية ما قبل المرضية . عندما يضطرب سلوك إنسان ذي شخصية مستقرة سابقاً فجأة ، فإن ذلك دليل على مرض عضوي ، ومن الأسباب لهذا الاضطراب الصرع أو هبوط سكر الدم أو الجلطة الدماغية .

3 ـ المزاج والوجدان . قد يكون الوجدان الاكتئابي من العلامات الأولى للاضطرابات العضوية الدماغية وعلينا تحليل بعض الأعراض بدقة ، فمثلاً يجب التعريق بين « الضعف العضلي » والشعور بالتعب العضبي لكي نفرق بين الوهن العضلي الوخّيم mysthenia gravis والاكتئاب .

4 ـ ومن المفاهيم والمبادئ الأساسية التي يجب أن تثير الانتباه إلى المرض العضوي وجود الهلوسة البصرية أو شكاوى من تشوش فكري أو أي عرض آخر غير اعتيادي كالترنح أو السلس البولي .

تشخيص السبب

كما هو واضح من الجدول في أول هذا الفصل (ص 102) والذي يبين الأسباب العديدة والمختلفة للهَذَيَان ، فإن الوصول لتشخيص هذه الأسباب يتطلب الاستفسار عن السيرة والسوابق (التاريخ المرضي) للمريض من قبل أهله أو المقربين له ، وبالأخص السؤال عن أي مرض عضوي مثل السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الصرع ، والسؤال عن تعاطي الكحول والمخدرات أو أية أدوية . والتأكد من عدم وجود نقص في التغذية ، وبالأخص عند كبار السن والمتخلفين عقلياً . والسؤال عن شجار سابق أو حادث سيارة أو السقوط من أماكن مرتفعة . فقد يدل ذلك على حدوث رض على الرأس . ومن الضروري أيضاً السؤال عن أعراض ارتفاع ضغط داخل القحف (كالصداع والقيء) .

ويركز في الفحص السريري على البحث عن العلامات التي تدل على اعتلال الجهاز العصبي والأجهزة الأخرى ، مع التأكيد على توثيق مستوى الوعي وفحص الجمجمة والعينين . ويجب عدم إغفال فحص المريض ككل والانتباه إلى أية علامات بسيطة كآثار الحقن في الجلد . وبعد تكوين فكرة أولية عن سبب الهَذَيَان تؤخذ عينات من الدم لإرسالها إلى المختبر (المعمل) لفحص نسب السكر واليوريا والأملاح وغيرها من الفحوصات ، اعتماداً على ما يرد في التشخيص التفريقي . كذلك قد ترسل عينة من الدم لتحديد نسبة ضغط الأوكسجين وثاني أكسيد الكربون .

وترسل عينة من البول إلى المعمل لتفحص ، لكشف مختلف الأدوية والمواد الطبية وغير الطبية . وكذلك الفحص العام للبول للدلالة على وجود مرض كلوي أو مرض مجموعي . وعند الاشتباه بوجود علة دماغية كجلطة أو ورم دماغي فيرسل المريض للتصوير المقطعي المحوسب ، وعند الضرورة يمكن الاستعانة بالرنين المغناطيسي للتأكد من وجود آفة دماغية .

المعالجـــة
management

تتركز المعالجة على ثلاث وسائل :

1 ـ المعالجـة العامـــة

وتشمل الخصوات اللازمة لتخفيف معاناة المريض ، ومنع أو الحد من السلوك الذي قد يؤدي إلى أذى أو إصابات للمريض أو لأشخاص آخرين . وتعتمد المعالجة على العناية التمريضية المُرَكَّزة في غرفة مهيأة من حيث الإنارة الجيدة ، والابتعاد عن المحفزات الخارجية التي قد تثير المريض . يفضل بقاء المريض تحت عناية طاقم تمريضي واحد ، ويبتعد عن تغيير المعالجين ، كما يمكن الاستفادة من أفراد عائلة المريض ليساعدوا بتمريضه ، لأن ذلك يقلل من الشعور بالغربة وما يصاحبها من خوف وقلق شديدين . يعطى للمريض غذاء جيد متوازن . وإن لم يستطع المريض تناول الأغذية فيعطى السوائل المغذية عن طريق الوريد . مع إضافة الفيتامينات وخاصة مجمـــوعة (B) ويحسب ما يحتاجه يومياً .

وتزداد الحاجة للسوائل كلما كانت الإصابة نتيجة لأمراض عَدوائية infectious أو مصاحبة بارتفاع الحرارة كالملاريا مثلاً ، وننصح باعطاء الغلوكوز في مثل هذه الحالة لاحتمال انخفاض نسبة السكر بالدم .

2 ـ المعالجـــة النوعيـــة

وتشتمل على المعالجة الخاصة بالأمراض المسببة للهَذَيَان ، ففي حالات الالتهابات العدوائية نعطي المضاد الحيوي المناسب بعد التأكد من نوع الجرثومة المسببة ، كذلك إعطاء مدة الثيروكسين thyrox-ine في حالات قصور الغدة الدرقية ، ومعالجة لورم الدموي في الرأس في حالات إصابة الرأس head injury ، وغيرها من الأسباب العضوية العديدة التي تؤدي إلى الهَذَيَان .

3 ـ معالجـــة الأعـــراض

وهنا يجب الالتزام بقدر كبير من الحذر لعدم إعطاء ما قد يؤثر على مستوى الوعي عند المريض .

ففي أثناء النهار قد نحتاج إعطاء مهدئات لا تؤدي إلى النوم ، فنستطيع إعطاء المريض هالوبيريدول haloperidol وهو ذو تأثير مُضَادٍ للذُهَان antipsychotic بجرعات يومية تتراوح بين 10 60 ميلي غرام ويمكن إعطاء ما بين 2-10 ميلي غرام بالوريد أو حقناً بالعضل

وكذلك نستطيع اعطاء المريض أي علاج من فصيلة الفينوثيازين phenothiazines كالكلوربرومازين chlorpromazine بجرعات من 300 600 ميلي غرام يومياً كما ويمكن إعطاؤه حقناً عضلياً أو بالوريد . علماً بأن لهذه الأدوية تأثيرات جانبية كالنعاس وهبوط الضغط . يفضل الابتعاد عن إعطاء الكلوربرومازين في أمراض الكبد وكذلك في الإدمان الكحولي .

ويمكن إعطاء البنزودايازبين benzodiazepines كالديازيبام وخاصة ليلاً ليساعد على النوم . ويعطى كلورميثازول chlormethiazole في الإدمان الكحولي والهَذَيَان الارتعاشي ، ويجب إعطاؤه في المستشفى فقط لأن أخذه مع الكحول قد يؤدي إلى تفاعل خطير . كما وأنه دواء قد يسبب الإدمان عند تكرار تعاطيه .

أمثلـــة سريرية

1 - رجل مسن بعمر 75 عاماً ، بدأ فجأة بالهَذَيَان ، وظهر عليه الخوف من أشخاص يحاولون إيذاءه . وفَقَدَ معرفة الوقت والأشخاص ، ولم يستطع معرفة المكان . عند فحصه كانت درجة حرارته 40,5 ، وكان جلده محمراً وساخناً ، وكان الفصل في ذلك الوقت صيفاً . واتضح من السيرة (التاريخ المرضي) أنه سار مسافة 3-4 كم تحت الشمس الحرة .

اشتملت المعالجة على إعطائه السوائل بكثرة عن طريق الفم مع خافض للحرارة وكمادات ماء بارد من الحنفية . رجع المريض إلى طبيعته خلال ساعتين ونعتقد أن السبب كان **ضربة شمس أدت إلى هَذَيَان** .

2 - اتصل جراح ليحصل على رأي زميلٍ له حول مريض عمره 68 عاماً ، أجريت له عملية استئصال البروستاتة قبل يوم ، وهو مصاب بالسكري . استيقظ صباح اليوم الأول بعد العملية مصاباً بالهياج وبدأ ينزع الأنابيب المغذية مع رَجَفَان وهَلْوَسة . أعطي محلولاً وريدياً يحوي غلوكوز مركّز فرجع إلى طبيعته خلال دقائق ، وظهر أنه أصيب بهبوط في مستوى السكر بالدم لأنه أعطي حقنة الأنسولين بدون حساب مضبوط لكمية السكر والغذاء الذي تناوله .

الاضطرابات الذُّهانيــة
psychotic disorders

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور مصطفى كامل إسماعيل
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

وسنتناول بالذكر كلاً من:

1 ـ الفُصــــام
2 ـ الاضطراب الوْهامي (الضلالي) المشترك
3 ـ اضطراب الوْهام (الضلال)
4 ـ اضطرابات ذهانية عابرة
5 ـ الاضطراب الفصامي الطابع

1 ـ الفُصــــام
schizophrenia

يعد مرض الفُصَام من أهم المشكل في الأمراض النفسية ، فهو من ناحية أخطر الأمراض وأكثرها تهديداً بالتفكُّك والتدهور ، ومن نـاحية أخرى أكثرها غموضـاً وتداخلاً مع سائر الأمراض ، ثم إنه يحوي أنواعاً مـتباينة حتى ليكـاد بعضها يبدو وكـأنه يعاكس البعض الآخر . وأخـيراً فإن استـجابته للعلاج تختلف من نوع إلى نوع ومن مرحلة إلى مرحلة اخـتلافاً يكاد يعلن أنه ليس مرضاً واحداً بل عدة أمراض مجتمعة معاً .

واستعمـال كلمة الفُصَام باللغة العـربية هو الأفضل ، إذ يستحـسن عدم استعماله كلمـة انفُصَام الشخصية حتى لا تختلط بكلمة ازدواج الشخصية .

نبـــذة تاريخيــــة

بدأ الانتباه إلى ما هو فُصَام في أواخـر القرن الماضي ، حيث وصف موريل أعراض نوع منه حين ظهرت على شاب في السادسة عشرة من عمره (كان وعداً ومتفوقاً) أعراض الانطفاء ، والانسحاب والتدهور الدراسي . ثم أكد كـريبلين مفهوم التدهور العقـي المصاحب للمرض حين أطلق على هذا المرض الاسم القـديم وهو « الخَرَف المبكر » وأشـار إلى أن أهم ما يميّـزه هو الانســحاب والجُـمود ،

وضمور الإرادة وخلل الحكم على الأمور ثم التباين بين الوظائف وبعضها البعض وبين الأعراض وبعضها البعض .

ثم أشار بلويلر إلى أن أهم ما يميّز هذا المرض ليس الميل إلى التدهور وإنما هي لأعراض الجوهرية التي تتميز باضطراب التفكير ، وتفكك الروابط و ضطراب لوجدان والذ تية autism يليها الأعراض المصاحبة مثل لهلاوس hallucinations والوَهَمات (الضلالات) delusions .

تعريف الفُصَام

ورد في الدليل المصري (العربي) في وصف الفئة الرئيسية لمرض الفُصَام أن هذا المرض يشير إلى مجموعة من الأمراض ، وأنه يجمع بين التفكّك والميل إلى التدهور ، كما ورد ما نصّه :

« تشمل هذه الفئة مجموعة اضطرابات تمثل (أ) تطور عملية ذُهَانية مفكّكة decomposing لتركيب الشخصية ، (ب) نتاج هذه العملية في شكل عجز بالشخصية أو تدهور . ويأتي عدم تجانس هذه المجموعة من أننا نقابل مظاهرها السريرية (الإكلينيكية) في أطوار مراحل مختلفة من تطور هذه العملية ، ويتوقف وجود أعراض معينة أو عدم وجودها على نوع الفُصَام البادي » .

وأخيراً اكتفت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية (1991) بتعريف الفُصَام (كمجموعة أمراض) بوصف هذه المجموعة هكذا : « تتميز الاضطرابات الفُصَامية بشكل عام باضطراب أساسـي في الشخصية ، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك ، وكذلك في المشاعر التي تكون غير سوية ومتبلدة ، وعادة ما يبقى الوعي و لقدرة الذهنية سليمين ، وإن كان يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت ... » .

ويمكن إيجاز تعريف هذ المرض كما يلي :

« هو مرض عقلي جسيم يتميّز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع ، والميل إلى تفكّك الشخصية . أي تباعد كل جزء عن الجزء الآخر ، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض ، وأخيراً الميل إلى ظهور أعراض سلبية تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجياً إذا لم تعالج علاجاً صحيحاً . »

أسباب الفُصَام ومصاحباته

لا يوجد سبب محدد بذاته يمكن أن يكون مسؤولاً مسؤولية مباشرة عن حدوث الفُصَام ، لكن هناك عوامل كثيرة متآزرة ومتداخلة لوحظ أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظهور المرض ، وسوف نورد هنا أهمها :

1 ـ الوراثة

(أ) لوحظ أن عائلات الفُصَاميين عندهم سوابق (تاريخ إيجابي) للمرض النفسي أكثر من غيرهم .

(ب) لوحظ أنه عند حدوث الإصابه في التوائم المتماثلة تكون متصححة فيهم بنسبة 40 إلى 60% بالفُصَام ، كما لوحظت نسبة أخرى بالنسبة لدرجات القرابة الأخرى ، وإن تفاوتت النتائج من بحث إلى آخر .

(ج) اختلف العلماء في نوعية الوراثة ما بين مورث مُتَنَحٍّ recessive أو متعدد العوامل multifactorial .

الوراثة في الفُصَام

درجة الوراثة	نسبة تكرار المرض
التوائم المتشابهة	40-60%
الوالدان مصابان معاً	40%
والد واحد مصاب	17-20%
الإخوة الأشقاء	14%
الإخوة غير الأشقاء	7%

(د) في عدد أقل من الأبحاث لوحظ أنه قد توجد في نفس العائلة صفات إيجابية متميِّزة قد يكون لها علاقة ما بالفُصَام ، وإن كانت صيغة هذه العلاقة لم تستقر بعد ، ومثال ذلك أنه قد يوجد في عائلة الفُصَامي عبقري أو متصوِّف أو قائد أو طفل عنده صعوبات فائقة في النمو .

2 ـ السـن

يبدأ المرض عادة في سن المراهقة وما بعدها حتى منتصف العمر المبكر ، فقد لوحظ أن ثلثي الحالات تحدث ما بين سن 15 30 سنة ، لكن بعض أنواع الفُصَام يحدث في أي سن ويكون له مميزات خاصة ، فهناك فُصَام الطفولة وله علاقة شديدة بإعاقة النمو ، كما يتميز فُصَام العمر المتأخر بمصاحبته باضطرابات وجدانية بدرجة أكبر .

3 ـ التكوين الجسمي ، والشخصية

يحدث مرض الفُصَام في التكوين النحيف والعضلي أكثر مما يحدث في التكوين المستدير .

كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانطوائية ، والشخصية ذات السمات الحساسة ، والمتوجسة ، والهشّة .

لكن المرض يمكن أن يصيب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي .

4 ـ العوامـــل البيوكيميائية

في العقدين الأخيـرين خاصة ظهرت عشرات الآلاف من الأبحاث التي تشيـر إلى وجود تغيرات كيميائية مـصاحبة لمرض الفُصَام ، ورغم الانتباه الشديد إلى أن وجود مـثل هذا التغير لا يعني بحال من الأحوال أنه مسبِّب للفُصَام ، الا أن رصد الارتباط بهذه الصورة له أهمية قصوى ، لأنه بناء على وجود زيادة أو نقص في هذه المادة الكيـميائيـة أو الموصِّل العصبي ، ظهـرت نظريات علاجية جـيِّدة استفاد منها بعض المرضى بشكل ملحوظ .

ومن أمثلة التغيرات البيوكيميائية :

(أ) زيادة نشاط الدوبامـين ، إما لزيادة إنتاجـه أو تراكمه بسـبب نقص الإنزيم المؤكســد للأمينات الأحادية أو غير ذلك .

(ب) زيادة نشاط النورأدرينالين ، مما يسبب حـساسية تجاه النواقل العصبيـة الداخلية في المخ فينتج عن ذلك أعراض ذُهَانية تشبه الفُصَام .

(ج) نقص السيروتينين : حيث لوحظ أن مضادات الذُهَان تتحد بمستقبلات السيروتيين ويقل مولد السيروتينين (التربتوفان) في حالات الفُصَام .

(د) توجد ملاحظات أخرى بالنسبة لتغـيرات في الإنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية ، أو إنزيم الدوبامين بيتا هيدروكسلاز وغيرها .

(هـ) ثبت أنه لمجموعة الببتيدات التي تشبه الأفيون (الإندورفينات) دور هام في سببية الفُصَام .

(و) وجد أنـه في بعض اضطرابات الغدد الصـماء ، وبعض اضطرابـات الاستقـلاب (الآيض) تظهر أعراض تشبه أعراض الفُصَام .

(ز) هناك أدوية تسمَّى أحـياناً الأدوية المُهَلوسة تُحـدث ما يشبـه الفُصَام مثل عـقار الـ ل.س.د. LSD ، وهي تعمل مباشرة على المخ ، وتبطل عملهـا الأدوية المهدئة التي تفيد في علاج الفُصَام ، ومن هذا وذاك ذهب البعض إلى ترجيح أن الفُصَام يحدث نتيجة لإفراز أدوية أو تركيبات شبيهة بهذه المهلوسات .

5 تغيرات في المجموع العصبي المركزي

زادت الأبحاث الحديثة مؤخراً في التأكيد على دور المجـموع العصبي والتغيرات التي تحدث فيه ، جنباً إلى جنب مع التغيرات الكيميائية الســالفة الذكر ، بحيث أصبحت المسألة شديدة الأهمية ، ومن هذه التغيرات :

(أ) توجد شذوذات في تخطيط كهربية الدماغ لدى مرضى الفُصَام أكثر منها عند العامة .

(ب) توجد علامات ضمور في الدماغ تؤدي إلى اتساع البطينات وخاصة البطين الثالث ، ويحدث هذا بوجه خاص في الحالات المزمنة ، والمتصاحبة بالتعوّق وفي الحالات المُهملة ذات الأعراض السلبية مثل فقد الإرادة والتبلد العاطفي .

(ج) توجد علامات قصور في المجموع العصبي غير محددة مثل القصور في التحكم الحركي ، والتعرف اللمسي والاهتزاز ، كما تظهر رعشات وخلل في المشية ، وفي الحالات المتأخرة جداً تعود المنعكسات البدائية للظهور مثل منعكس « القبضة grasp » ، ومنعكس « اليد إلى الفم » .

تغيرات ومصاحبات وأسباب نفسية

إن أغلب النظريات والمصاحبات النفسيه تفسّر حدوث الفُصَام ، ولكنّها لا تؤكد العلاقه السببيه مع ظهوره ، وبالتالي فإنها اجتهادات فرعية وفَرَضيّات مفيدة ، وليست أسباباً محددة .

1 ـ يرى البعض أن الفُصَام هو نتيجة لتجمع عادات سيئة أو نتيجة لتفاعل الخاطئ مع البيئة ، فإذا زاد الضغط الخارجي مع هشاشة التكوين الشخصي ، زاد العجز عن تقبّل الواقع ، وانسحب الشخص إلى داخل ذاته ، ثم إلى عالم الخيال ، ومن ثمّ حدث الفُصَام .

2 ـ يرى آخرون أن أهم أسباب الفُصام هو التثبيت وتباطؤ النضج عند مرحلة باكرة من مراحل النمو ، وهي المرحلة التي تضعف فيها العلاقة بالموضوع وبالواقع ، ثم ينمو الإنسان بعد ذلك وفي داخله عوامل جذب شديدة إلى هذه المرحلة ، فإذا ما أصيب بإحباط أو زادت الضغوط الظاهرة أو الخفية ، فإن النتيجة هي النكوص إلى هذه المرحلة الباكرة من النضج ، والتي تظهر فيها علامات الفُصَام .

3 ـ رأى آخرون أن الخطأ الأساسي الذي يؤدي إلى ظهور الفُصَام هو عجز اللغة عن القيام بوظيفتها التواصلية بشكل له معنى وغاية .

4 ـ رأى فريق آخر أيضاً أن اختفاء المنطق العام وإحلال المنطق البدائي والانفعالي والذاتي محل المنطق العام هو سبب حدوث الفُصَام نتيجة لانعدام التواصل مع الآخرين ، ومن ثمّ الانغلاق على الذات ، ثم التفكك وضمور عدم الاستعمال .

5 ـ رأى البعض أن المشكلة هي في عجز الفُصَامي عن القيام بكفاءة بالعملية الانتقائية الهادفة للمثيرات المدخلة إلى المخ ، والانتقاء من بين فيض من مثيرات الإدراك ، ونتيجة لهذا العجز يتشتت الفُصَامي ، فيغلق نوافذ إدراكه في مواجهة هذا الفيض كآلية دفاعية ، بما ينتج عنه نوع من التصلب ، وكذلك قد يكون تكوين الوُهَامات (الضلالات) هو محاولة لإعادة تنظيم هذه المثيرات الغامرة بلا تميّز .

6 ـ تعتبر العوامل البيئية أيضاً من المؤثرات التي تو ترت مع ظهور الفُصَام مثل العوامل المؤدية للعزلة عن المجـتمع ، أو عـوامل التربيـة المُحْـدِثة لنوع من خـل الحكم على الأمـور والتشـتت ، أو العـوامل التي تؤثـر على تو زن الطفل واليـافع مـثل الخـلاف المعلـن والمخـفي بين الوالدين ، وتذبذب معاملة الوالدين . . أو تناقض معاملتهما مع الطفل تجاه نفس الشيء .

الأسـباب المُرَسِّبة

precipitating factors

من الصعب الربط بين ظهور مرض الفُصَام وبين مـوقف أو حدث أو إصابة أو حمّى مثلاً ، لكن العامه والأطباء قد يلاحظون أن بعض المواقف الصعبـة التي يسـمونها مجازاً مو قف « الحياة والموت » (حقيقة أو مبالغة) تكون مصاحبـة لظهور مرض الفُصَام (في مصر مثلاً يتواتر ظهور هذا المرض مع امتحـان الثانوية العامة) . كذلك يُظهـر المرض نوع من الحرمان المفاجئ لشـديد ، أو الإحباط ، أو الحمّى أو إصابات الرأس ، وكل هذ لا يعتبر سبباً مباشراً بقـدر ما يعتبر سبباً مرسباً . وهو على حد التعبير الشائع يكون هذا السبب بمثابة « لقشة التي قصمت ظهر البعير » .

بعد ذكر الأسباب والمصاحبات لابد أن نشيـر إلى أن كل ما ذكرنا هو ملاحظات متواترة أكثر منها أسـباباً مـحدثة ، والأمر يحتج إلى تر كـمـــات وتفاعلات بين كـثير من هذه الأسـباب بعـضه مع بعض ، بينها وبين أسباب أخرى لا نعرفها حتى يظهر الفُصَام .

أعراض الفُصَام

اضطراب التفكير

I ـ الاضطراب الجوهري للفكر

1 ـ الغموض (التفكير العهني ، شبه الفلسفي)

2 ـ اللاترابط

3 ـ التفكك

4 ـ اللاتو فق

5 ـ عرقلة (توقف) التفكير

6 ـ انحراف التفكير

7 ـ نثر التفكير

8 ـ التفكير البدائي

II ـ إضطراب محتوى الفكر

1 ـ الوُهامات (الضلالات) غير الطبيعية

2 ـ وُهامات (ضلالات) الاضطهد

3 ـ الوُهمت (الضلالات) غير المتسقة

III ـ إضطراب الإدراك

1 ـ الهَلْوَسَة وخصة السمعية

2 ـ اضطراب صورة لذات والجسد

3 ـ تغيّر إدراك العالم

IV ـ إضطراب امتلاك الفكر مثل

1 ـ سرقة الأفكار

2 ـ إقحام الأفكار

3 ـ إدعة الأفكار

V ـ اضطرابات الوجدان

ضحالة الوجدان

تبلد العواطف

فقد الترابط

اللامبالاة

تذبذب العواطف

التناقض (ثنائية الوجدان)

فراغ الوجدان

عدم توافق العواطف (مع الفعل أو الفكر)

الابتسامة البلهاة غير المناسبة

VI ـ اضطراب الإرادة والفعل والحركــة

الوضع المتجمد

التَّوَمانُ عن الزمان

الغيبوبة

تقليد (صدى) الكلام والحركة

الطاعة العمياء

المعانده

التذبذب

فقد الإر دة

التسيير بقوى خارجية حفية

VII ـ اضطرابات عامة وأخـــــرى

تدهور الصفت الشخصية

إهمال المظهر الذاتي والنظافة الخاصة

الانسحاب والداتوية

ضعف أو فقد حدود الذات

الأعراض لعصبية الطفيفة

الأفعال النزوية المفاجئة

أعراض الفُصَام

الفُـصام مـرض يصيب الشـخـصيـة ككل بالتفـكّك ، كمـ يهدد الوظائف الـنفسـية والذهيـة بالاضمحلال والتدهور ، وهو يظهر بشكل خاص في مجال التفكير ، وخاصة مجا ترابط التفكير ، كذلك يظهر في كل من مجالات الوجد ن ، والفاعلية (بشموله الإر دة واتخاد القرار) ، وفيما يلي موجز شديد لأهم أعر ض الفُصَام .

اضطرابات التفكيـــــر

I ـ الاضطراب الجوهري للفكر

وسوف نورد اضطراب لتفكير بتفصيل وتحديد أكثر لأن هذا هو ما يميز الفُصَام أساساً :

1 ـ **غمــوض التفكير :** وهنا يبدو تفكيـر الفُصَامي متـداخلاً ومكثّفاً ، له بداية قـد تكون واضحة لكنّها لا تؤدي إلى شيء ، وهذا ما يقـال له « لباب المغلق الذي ليس وراءه شيء » ، ويسمى هذا أيضـاً بالتفكيـر العـهني ، (مثل العـهن المنفـوش الذي لا تستـطيع أن تمسكه رغم الرؤية الظاهرة لكتلتة) .

2 ـ **اللاترابط :** وهنا يظهـر الكلام (الدال على الفكر عادة) غـير مـترابط ، فـتكون الجمل مـثل مبتـدأ بلا خبر ، أوعدة عبارات غير متماسكة ولا تصل إلى هدف له معنى مفيد .

3 ـ **التفكك** : يطلق هذا اللفظ بصفه عامة على عدم الترابط البسيط ، وعلى كثير من مظاهر الافتقار إلى الوحدة الضامّة لأي مسار فكري .

4 ـ **اللاتوافق** : وهو يعني عدم ترابط الفكر مع العاطفة المصاحبة عدة مثل أن يضحك المريض وهو يحكي مأساة محزنة أو يسمع نبأ فاجع

5 ـ **عرقلة (توقف) التفكير** : وهنا يتوقف التفكير تماماً ويشكو المريض من ذلك أو يستمر بعد التوقف في موضوع جديد غير الذي بدأ به ، ويحدث ذلك دون بعد عن وعي المريض عادة ولن دن المريض أحياناً يحاول أن يجد تفسيراً .

6 ـ **قد يحدث انحراف** في مسار التفكير دون عرقلة ويسمى : التخارج أو الخروج عن القضبان .

7 ـ **فقر التفكير** : وهنا يكون محتوى التفكير فقيراً ، فلا يخرج المريض عن موضوعات قليلة محدودة ، يدور ويلف حولها دون انقطاع

8 ـ **التفكير البدائي** : وهو التفكير الذي يشير إلى عجز المريض الفُصَامي عن التجريد وفهم المعنى الحرفي للكلمات دون سواها ، مثل عجزه عن معرفة مغزى مثل عامي ، وإصراره على معناه الحرفي ، كأن يتصور حين يسأل عن معنى أو استعمال المثل « ضربوا الأعور على عينه قال خسرانة خسرانة » أن هناك شخصاً فقد عينا واحدة وهم يضربونه .

II ـ اضطراب محتوى الفكــر

أهم ما يميز اضطراب محتوى الفكر عند الفصامي هو وجود الوُهَامات (الضلالات) ، وأهم الوُهَامات (الضلالات) في حالات الفُصَام هي وُهامات (ضلالات) الاضطهاد ، والمطاردة ، والمؤتمرات ، والتجسس ، وكذلك وُهامات (ضلالات) الشك والغيرة والخيانة الزوجية ، وعادة ما تكون الوُهَامات (الضلالات) شاذة وغير متسقة ، وقد تكون متنظمة انتظاماً بسيطاً إذ تصنع منظومة وُهامية (ضلالية) .

لكن توجد حالات فُصَام دون وجود وُهامات (ضلالات) أصلاً .

كذلك إذا كانت الوُهَامات (الضلالات) لمتسقة تماماً صانعة لمنظومة وُهامية (ضلالية) محكمة ، مع عدم وجود علامات تَفَكُّك وتدهور أخرى في الشخصية ، فإن وجود هذه الوُهَامات (الضلالات) ليس دليلاً على الفُصَام بل على حالات الزَّوَر (البارانويا) .

III ـ اضطرابـات الإدراك

يُعتبر الإدراك مدخلاً للفكر ، وللاتصال بالعالم الخارجي ، ولتنظيم المعلومات ، واضطراب الإدراك في الفُصَام يظهر في شكل هلاوس سمعية أساساً ، وإن وجدت هلاوس من أي نوع آخر في مختلف الحالات ، وتكون الهلاوس خارجية ، أو داخلية (صوت الداخل مسموع) ، وقد تكون آمرة (افعل كذا) ، أو معقبة (ها هو يفعل كذا ، ها هو يضحك ، ها هو يقوم ، ها هو يجلس) ، وقد تكون الهلاوس غامضة ، أو مركبة ، أو عابرة

IV ـ اضطرابات امتلاك الأفكــار

قد يشكو الفُصَامي من أن أفكاره ليست ملكاً خاصاً به ، وأنها أفكار غيره ، تُزرَع في مخّه وتُقحم عليه ، وقد يشكو أن أفكاره الخاصة لم يعد يسيطر عليها ، وأصبحت مشاعاً لغيره من خلال إذاعتها ، أو سماعها بين الناس دون إذنه .

V ـ اضطرابات الوجدان (العاطفة)

يختل الوجدان في الفُصَام في أشكال متعددة وأهم مظهر لهذا الخلل هو ضحالة التفاعل الظاهر ، وتَبَلُّد العاطفة ، مما يترتب عليه ما يسمى باللامبالاة وانعدام لتفاعل العاطفي ، وكذلك قد يكون هذا سبباً في ما يشعر به الطبيب والفاحص عامة من أنه لا توجد علاقة دافئة أو حميمة بينه وبين المريض الفُصَامي .

كذلك يعاني الفُصَامي (وخاصة في البداية) من تناقض وثنائية الوجدان (العاطفة) ، فيشكو من أنه يحب ويكره نفس الشخص في نفس الوقت ، وأنه غير قادر على تحديد موقفه الوجداني (العاطفي) منه .

وقد نشاهد على الفُصَامي درجة واضحة من تَحَوُّلات النقيض وفراغ الوجدان ، وإنما هو من نوع اندفاعه الانفعالي بشكل بدائي وفج ، ثم تحوّلاته بلا مبرر ظاهر ، استجابة لنزوة داخلية غير مرئية .

أما لا توافق العواطف ، فهو من أدل المظاهر على لتفكّك ويبدو في شكل تلك الابتسامة المشهورة المسماة الابتسامة الهيّنة السرّية حيث يبدو المريض وكأنه يضحك لشيء ما في عالمه لداخلي . ومثال اللاتوافق حين يضحك المريض في موقف عزاء ، أو يحزن حزناً واضحاً وخطيراً في موقف فكاهي دون تفسير .

VI ـ اضطرابات الإرادة والفعل والحركة

تتصل الإرادة اتصالاً مباشراً بالفعل والحركة ، والإرادة تبدأ باتخاذ القرار ، وتتأكد بتنفيذه ، وتُحسم بتحقيق الهدف منه ، وكل ذلك لا يتم إلا إذا كان للذات حدوداً ومعالم واضحة تسمح بذلك .

والفُصَامي يفتقد عادة إلى مثل هذا التحديد للذات ، بما يستتبع أنه لا يستطيع أن يقرر ، فيظهر عليه (أو يشكو) من التذبذب وعدم القدرة على اتخاذ القرار ، وقد يبدو عليه أنه اتخذ قراراً ، لكنه في واقع الأمر لا ينفذه إطلاقاً ، (مثل طلب الثانوية العامة الذى أمضى خمس سنوات وهو لا يعمل شيئاً إلا اتخاذ قرارات متتالية بتنظيم ساعات ستذكاره بجدول محكم ، ولكن هذا الجدول لم ينفذ أبداً ، وفي كل مرة يهم بتنفيذه يقوم بتعديل ما في الجدول وهكذا لعدة سنوات حتى تبين أنه فُصَامي فقد إرادته) .

وقد يظهر هذا الاضطراب في الإرادة في شكل سلوك حركي مثل الطاعة العمياء ، حيث يطيع المريض كل ما يؤمر به ولو كان غريباً أو بلا مبرر ، أو يفعل العكس فيما يسمّى بالمعاندة negativism ، أو يترك جسده يتصلّب لدرجة أن الفاحص يمكن أن يشكّله مثلما يشكل تمثالاً من الشمع (الطواعية الشمعية waxy flexibility) .

وقد يظهر فقد الإرادة حين يبدو المريض مقلداً مكرراً مثل الصدى لما يقال أو يُعمل أمامه ، ويقال لتكرار الكلام كما هو دون فهم أو ترديد المريض صدى لكلمات echolalia ، وحين يقلد الحركة يقال إنه صدى لحركة echomatism or echokinesis .

وقد يصل الجمود الحركي إلى درجة التجمد التي يقال لها الغَيْبوبة coma . وكل هذه العلامات والأعراض الحركية تحدث خاصة في النوع الجامودي (الجُمْدَة أو الكاتاتونيا catatonia) .

VII ـ الاضطرابات والأعراض العامة (والأخرى)

حيث أن الفُصام هو اضطراب عام في الشخصية أساساً فإن النظر في اضطراب الشخصية ككل هو من أهم الأعراض والمظاهر السريرية (الإكلينيكية) التي ينبغي الالتفات إليها في الفصام ، ومن ذلك :

تدهور العادات ، وتدهور الصفات الشخصية ، وانتقال السمات من النقيض الى النقيض سلباً ، (أي إلى نقيض أسوأ) مثل ظهور علامات الوقاحة والصفاقة على شخص عرف طول عمره بالدماثة والحياء ، وكذلك إهمال العناية الذاتية بالملبس والمظهر ، وأيضاً ضعف ، أو فقد حدود الذات ، وفقد الشعور بوحدة الذات بمعنى أن المريض يشعر أنه لا شيء وأنه لم يعد له حدود ، أو أنه أصبح مثل مكنة خرقاء أو إنسان آلي ، كذلك فإنه في الفحص قد يظهر على المريض علامات اضطرابات في المجموع العصبي (انظر قبلاً) من النوع الطفيف غير المحدد تماماً .

ويظهر المريض أحياناً اندفاعات نزوية قد تكون سبباً في ارتكابه بعض الجرائم.

أنــواع الفُصَـــام

ينقسم الفُـصَام إلى عـدة أنواع ، وقد قسّمه الدليل المصـري / العربي على أسـاس التدرج مع مراحل العملية الفُصَامية ، ولكن هذا التدرج لا يمكن التـيقن منه من الناحية العملية . وسوف نكتفي بذكر الأنواع الشائعة ثم نلحقها بإشارة محدودة إلى بعض الأنواع الأخرى النادرة أو غير النموذجية .

أولاً ـ الأنواع الأربعـة النموذجيــة

1 ـ الفُصَام الفَنَديّ (الهيبفريني)

hebephrenic schizophrenia

يتصف هذا النوع بالتفكك أسـاساً ، وإلى درجة أقل بالتدهور . وفيـه تظهر كل الأعراض الدالة على تباعد أجـزاء الشخصيـة عن بعضها ، وكذلـك الدالة على تباعد وحدات الوظيـفة الواحدة عن بعضها ، فمثلاً نجد عـدم الترابط في التفكير بكل جوانبه مما يؤدي إلى أعراض اضطراب شكل التفكير بوجه خاص ، كما تكون الوُهَامـــات (الضلالات) غير متســـقة وغير منتظمة في منظومة وُهامية (ضلالية) واحـدة ، ثم إن الفكر لا يتفق مع العاطفة بما ينتج عنه عدم توافق العـاطفة ، وكذلك لا يتواكب التنفيذ مع التفكير مما يترتب عليه مظاهر فقد الإرادة وبعض مظاهر فقد أبعاد الذات .

كمـا يتصف هذا النوع بـوجود وُهامات (ضـلالات) حشـوية ، والاحتـفاظ ببعض الـعواطف السطحية والفـجّة والمتقلبة ، لكن كثـيراً ما تظهر هذه الابتســامة الصفراء التي لا معنى لهـا ، ويتأكد ذلك اللاتوافق حين نجـد المصاب نشطاً إلا أنه نشـاط غيـر هادف ، وكأنه نشــاط « يدور في حـلقة مفرغة » . ويحدث هذا الـنوع في سن مبكرة نسبياً ، ويتخذ مســاراً مزمناً ، وقد ينتقل من نوع إلى آخر .

2 ـ الفُصــام الزَّوَرِيّ (البارانــويدي)

paraniod schizophrenia

هذا النوع هو أكثر الأنواع تماسكاً ، رغم أنه لابد أن تكون فيه درجة من اللاترابط سواء في الفكر أو في عـدم اتساق الوُهَامـات (الضـلالات) ، وإلا عُدَّ هذا النوع مـن حالات الزَّوَر (البـارانويا) paranoia .

والوُهَامات (الضلالات) الغالبة في هذا الـنوع هي وُهامات (ضلالات) الاضطهاد ، فالمريض يشـكو عـادة من رجال الأمن الذين يتبعـونه ، ومن النظام العلمي الجـديد الذي يضطهده هـو بوجه خاص ، ومن الزبال الذي يضع له أجهـزة تنصـــت في برميل القمامـة القريب من منزله . إلى آخر

ذلك ، لكن هذه الشكوى لا تمثل منظومــة محكمــة ، وإن كان الفاحــص المتعجل قــد يتصــوّر أنه منظومة .

ويحدث هذا النوع من الفُصَام في سن متأخرة نسبيــاً ، (منتصف العمر عادة) كما أنه قد يكون مصاحــباً بتفاعل عاطفي يناسب مــحتوى الوجدان أو مصاحــباً بدرجة ما من الاكتــئاب ، وفي حالة وُهامات (ضلالات) العظمة المصاحبة قد يكون هناك درجة خفيفة من لوثة الزهو غير المناسب .

هذا ولا تتدهور شــخصية الفُــصَامي الزَّوري (البارانويدي)، كــثيراً ، فيظــل محتفظاً بتــماسكه وحدود ذاته لفتــرة طويلة ، كما أن أغلب تصرفاته تكون مــتفقة مع محتــويات وُهَامَاته (ضلالاته) بدرجة متوسطة .

3 ـ الفُصَام الجَامُوْدي (الكاتاتوني)

catatonic schizophrenia

يتصف هذا النوع بأنه يظهر في صورة ذات وجهين ، فالمريض إما أن يحضر في حالة هياج شديد جداً ، يظهر في شكل تحطيــم أعمى ، وانقضاض خطر على من حوله وما حوله ، أو أنه يظهر في شكل غيــبوبة يصل إلى ما يشــبه الموت ، وهذا النوع آخــذ في الانحسار عن ذي قــبل ، فمنذ ثلاثة عقود كان هذا النوع متواتراً بشكل أكثــر من هذه الأيام ، ولا يعرف لماذا اختفى هذا النوع ، فيقال إن ذلك بسبب اســتعمــال الأدوية لمدة طويلة وبشكل مبكر ، ويــقال إن سبب ذلك هو اخــتلاف ظروف البيئة ونوع الحياة ، مما يحتاج إلى أبحاث خاصة ، لتحقيقه .

وأثناء نوبة الفُصَام الجامودي التهيجي يصعب اكتشــاف الأعراض التخشبية مثل التشكل الشمعي ، أو الطاعة العمياء ، أو مــحاكاة الحركة أو غير ذلك ، كذلك فإنه أثناء الغيــبوبة يصعب كذلك فحص المريض بالطريقــة التي تظهر اضطراب الحــركة واضطراب الإرادة ، وهما مــا يتميــز به هذا النوع من الفُصَــام بشكل خاص . لكن يمكــن اكتشــاف هذه الأعراض الجــامودية (الكاتاتونيــة) في الحالات المتوسطة قبيل الغوص في الغيبوبة أو بُعَيْدَ التهدئة من الهياج .

على أن وجود الأعــراض الجامــودية (الكتاتونية) في أي نوع آخــر من الفُصَــم (مثل الفُــصَام [illegible] أو الفُــصَام الزَّوري) لا يعني أن هذا النوع قد انتقل هكذا إلى النوع الجامودي . فهذه الأعراض يمكن أن توجد بدرجة أو بأخرى في أي نوع آخر .

4 ـ الفصــام البسـيط

simple schizophrenia

وهذا النوع ذو الاسم الخادع هو من أخطر الأنواع كافة ، وكلمة بسيط هذه كلمة تاريخية لا تعني أية درجة من البســـاطة ، لكنّها أطلقت على هذا النوع لقــلّة الأعراض الإيجابيــة الظاهرة واللافتة

للنظر والداعيــة للإسراع بالعــلاج . وذلك مثل الهلاوس والوُهَامــات (الضلالات) والهيــاج ووفرة الكلام غير المترابط . ونظراً لاختفاء هذه الأعراض الظاهرة فـقد اختفى هذا النوع من فئة الفُصَام في فترة من فترات التقسيم واعتُبر نوعاً من اضطراب الشخصية لكنّه عاد فظهر ثانية .

ويتصف هذا النوع من الفُـصَام بأن له بداية مخادعـة أو مخاتلة insidious ، ومساراً تدريـجياً متفـاقماً في بطء ، الأعراض أغلبهـا أعراض سلبية أي أنه توجـد درجة مقدمة مـن لتبلد الوجداني واللامبالاة وتسطيح الانفعال . كذلك تظهر أعـراض فقد الإرادة بشكل مباشر ، إذ يعجز المريض عن اتخاذ أي قـرار ، أو يتخذ القرار وضـده دون تنفيذ إلى ما لا نـهاية ، وأيضاً ينعزل المريض تدريجـياً حتى تقل دائرة نشـاطه الاجتماعي بشكل شـديد ، ويتجه لمريض إلى الرضــا بأقل من قدراته بشكل يتعجّب له مـن حوله ويتســاءلون عن « أين ذهب طموحــه الذي كان يعد به قبـلاً ؟ » (قدرن حالة موريل : أول حالة وصفت فيما سمّي الخَرَف المبكر) .

وكذلك يتـصف هذا النوع بأن المريض يبالغ في شـرح وجهة نظره بالـتبرير المرضي الجـسيم الذي يكاد يفسر كل الأعراض بما يتفق مع تخيلاته الخفية ويؤكد ضرورة انسحابه وتبلده .

ثم إنه لا توجـد في هذا النوع أية وُهامـات (ضـلالات) أو هلاوس إلا إذا وضع تحت ضغـوط خاصة ولفترة كافية ، وعندها فإن الوُهَامـات (الضلالات) تتكشف ، إلا أنها سرعان ما تختفي إذا ما ذهبت الضغوط ولا يبقى إلا التبلد وفقد الإرادة .

ثانياً ـ الأنواع الأخـــرى

1 ـ الفُصَام البادري

prodromal schizophrernia

يختلف الباحثون في أحقية هذا النوع في التشخيص باعتباره فُصَـاماً فعلاً ، والدليل المصري هو من الأنظمة التشخيصية النادرة التي تعترف بهـذا التشخيص ، وهذا النوع يتصف بما يشير إلى احتمال بدايات الفُصَام دون وجـود أعراض صريحة تدل على التَّفَكُّك أو تهاود بدتـا هور ، ومن أهم أعراضه التوقف الفجـائي عن الإنجاز السابق لفرد ما دون وجـود اكتئاب أو أسباب في المحـيط من حوله تبرر هذا الموقف ، وكذلك ظهـور إحساس بتغيـر مفاجئ في الذات ، ونوع العلاقـات ، وتظهر أعراض الغربة عن الواقع أو تبدّل إدراك الواقع وتبـدُّد الذات ، كما يصحب ذلك درجة من التـحريف وسوء التأويل الذي لا يصل إلى درجة الوُهَامات (الضلالات) .

وهذا النوع قد يسمّى أحياناً الفُصَام لعُصابي على أساس أن الأعراض أشـــبه بالأعراض العُصابية دون الذُّهانية ، لكن الفُصام العُصابي هو نوع مـن الحل الوسط لذي يظهر في شكل أعراض عُصابية

غيـر نموذجية يمكن أن نسمح وراءها عـلامات التَّفَكُّك الكامن والذي تجـحت الأعرض العُصَـابية في إخفائه .

2 ـ الفُصَام الحاد غير المتميــز

aucte undifferentiated schizophrenia

يحدث أحيانـاً أن تبدأ أعراض الفُصَام بشكل حاد وشـديد دون أن تكون هذه الحدة جزءاً من نوبة هياج جامودي أو بشكل هيـج فوق مسار نوع آخر من أنوع الفُصَام المزمن . وبما أن لفُصَـام بطبيعته مرض مزمن ، فـقد تحفّظ كثير من العلمـاء ضد هذا التشخيص ، ونسـتثني من ذلك الدليل المصري العربي ، لذلك نوجز علاماته فيما يلي :

هو نوبة حادة تعلن بظهـور الأعراض التفككية والانسـحابية للفُصَـام ، وما يصحبـها من تخليط confusion ، وهياج ووُهـمـات (ضلالات) أولية في الـعادة ، ولا يكون الوعي فيـها مختـلاً أو غائماً، وقد تسـتـمر هذه النوبة لمدة أسبوعين أو أكثر ، إلى أن تختفي تماماً فـيما ندر ، أو أن تتحول إلى نوع آخر من الأنواع المزمنة التي ســبق وصفها ، أو إلى غيرها ، وفي هذه الحالة لابد أن تسمّى باسم النوع الذي صارت إليه .

3 ـ الفُصَام المزمن غير المتميز

hronic undifferenatiated schizophreania

كثيراً ما نتبين نوعاً من الفُصَام يقع بين النوع المتفكّك والنوع الزوري (البارانوي) ، فلا هو شديد التفكك حتى يسـمى فُصَاماً فناياً ، ولا هو جمّ الأوهام حتى نعتبره فُـصَاماً زورياً (بارانويدياً)، فيطلــق على هذا النوع الحَدّي « بين بين » الفـصام المزمن غير المتميز .

على أن بعض الباحـثين يجعل هذا الصنف يشـمل الأنواع الأخرى التي لا يمكن تحـديدها تماماً ، وكأنه السلّة التي يجمع فيها « ما ليس كذلك » . وهذا ليس موقفاً مفيداً عادة .

وفي هذا النوع يمكن أن سـتنتج كيـف سنجد درجـة من أعراض التـفكك مثل عـدم الاضطراب الجوهري للفكر ، وعدم تـوافق الوجدان . ولكن درجة أقل مما شرحناه مع الفُـصَام الفندي ، كذلك نجد الوُهامات (الضلالات) أقل من أن تكون بشـكل منظومـة كما هو الحال في الفصـــام الزوري (البارانويدي) وأكثر تماسكاً من الفُصَام الجامودي .

4 ـ الفُصَام الوجداني (العَاطِفي)

schizo-affective schizophrenia

أحيانا نقابل حالات من الفُصَام مختلطة ومتداخلة تماماً مع اضطرابات وجدانية أكيدة مثل الاكتئاب أو لهَوَس بوجه خاص ، وهذه الحالات قد تأخذ طابع الدورية ، وقد تختفي النوبة دون أن تترك أثراً

سلبياً في الشخصية بشكل أو بآخر ، ويسمى هذا النوع الفُصَام الوجداني ، وقد يسمّى باسم الوجدان الغالب ، فنجد فئة فرعية تحت اسم الفُصَام الوجداني الاكتئابي ، أو الفُصَام الوجداني المختلط بين الهَوَس والاكتئاب حيث نجد في هذه الحالة كلا من أعراض الهَوَس والاكتئاب وقد اجتمعا أو تناوب في سرعة فائقة .

5 ـ الفُصَام المتبقــي

residual schizophrenia

حين تنتهي نوبات الحدّة ، أو بعد علاج متوسط النجاح ، قد يصل مسار المريض الفُصَامي إلى حالة لا هي بالشفاء ، ولا هي بالفُصَام الصريح الذي كان ، فتهمد الأعراض نسبياً ، وتتجمع الشخصية بدرجة ما ، وتعود العلاقة بالواقع بشكل هادئ وعادة على مستوى أدنى من التكيف .

وفي هذا النوع يظل التفاعل الوجداني (العاطفي) هامداً وإن كان ليس متبلداً تماماً ، وتظل الوُهَمات (الضلالات) موجوده لكنّها بعيده وغير مداخلة في الحياة العادية ، وأحياناً يقال عنها أنها متحوصلة ، لكن الحوصلة قابلة للكسر في أي لحظة ، كما تبهت الهلاوس أو تختفي ، مع قيام المريض ببعض لتكيف الاجتماعي والعمل المتواضع .

تشخيص الفُصَام والفحوص المناسبة

لا توجد وسائل تشخيصية محدده يمكن أن تحسم الأمر في مسألة تشخيص الفُصَام ، ذلك أن كل التغيرات الكيميائية و لبيولوجية التي أشرنا إليها سابقاً ليست خاصة بمرض الفُصَام دون غيره . كذلك فإن الاختبارات لنفسية باختلاف أنواعها هي عوامل مساعدة وليست أدوات تشخيصية بديلة عن الفحص لسريري (الإكلينيكي) .

وأحياناً قد يتم تشخيص الفُصَام بالطريق الراجع ، بمعنى أن الحالة التي لا تتحسن تحسناً ملحوظاً من نوبة الذُهَان الحادة ، أو الحالة التي تتدهور بانتظام رغم العلاج المبادر ، يقول عنها الطبيب بعد أن كان متجهاً إلى تشخيص آخر ، إنه قد ثبت أنها كانت فُصَاماً منذ لبداية ، وهذا ما نعنيه بالتشخيص بالطريق الراجع retrograde diagnosis

مــآل الفُصَــام

prognosis

رغم أن الفُصَام مرض خطير وسيء السمعة إلا أن هذا ليس قاعدة مطردة . وهناك علامات تشير إلى مآل حسن في بعض الحالات كما أن هناك علامات أخرى تدل على العكس . وبصفة عامة فإنه كلما بَعُدَ الفُصَام عن النموذج المطابق لما سبق أن أوردنا من أعراض تقليدية محددة تحسّن الموقف بالنسبة للمآل . وعلى النقيض من ذلك كلما تطابقت أعراض الفُصَام وتاريخ الفُصَامي الشخصي والعائلي مع الأعراض النموذجية لما هو فُصَام فإن المآل يكون أسوأ فأسوأ .

والجدول التالي يبين أهم العوامل الدالة على المآل الحسن والسيئ للفُصَام .

مآل الفُصَــام

مآل حسن	مآل سيئ
البداية في سن متأخرة	البداية في سن مبكرة (أوائل المراهقة)
البداية الحادة	البداية المتدرجة
المسار الدوري	المسار المتفتر و المستمر
الشخصية قبل المرض ناجحة ودافئة عاطفيا واجتماعيا	الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة
ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية	انخفاض نسبة الذكاء أو توجيهه إلى التحوصل على الذات بمكاسب ذاتوية مطلقة ، تساعد على إلغاء الآخر
وجود سوابق (تاريخ عائلي) سليم أو فيه اضطرابات عاطفية (دورية)	وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فُصَام ، تدهورات أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسيمة
وجود عامل مُرَسِّب واضح هو الذي أظهر المرض	عدم وجود عامل مرسِّب precipitating (المرض ظهر هكذا فقط)
وجود علامات وأعراض إيجابية مثل الوُهَامات (الضلالات) الزورية	وجود علامات وأعراض سلبية مثل ضحالة الوجدان وفقد الإرادة
عدم نموذجية أعراض الفُصَام تماماً	نموذجية الأعراض
الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجداني (العاطفي)	فقد المشاعر واختفاء التعاطف الوجداني
وجود دعم أسري محصَّن وموفر للحنان في نفس الوقت	الافتقار إلى جوّ أسري (واجتماعي) حازم ومسامح ومحتمل معاً
العلاج المبكر	التأخر في بداية العلاج
العلاج التأهيلي المتكامل والمركّز على استعادة العلاقة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض	العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصار على العلاج بالحقن طويلة المدى دون تأهيل ، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة .

مُعَالَجَة الفُصَــام

أولاً ـ المعالجــة الوقائيــة

ويشمل العمل على تجنب زواج الأقارب في العائلات التي فيها سوابق عائليـة (تاريخ إصابة) إيجابية شديدة ، كـذلك النصح بالإقلال من فرص الإنجاب عند الفُصاميين . هذا إذا أنجبوا أصلاً ، وأيضاً العناية بدرجـة مناسبة من التـماسك الأسري ، ووضــوح المعاملة ، وسلامـة الرعاية ، ودفء العواطف ، ومرونة الحوار .

ثانياً ـ التخطيط العلاجي

لا يوجد في الطب النفسي عامة ، وللفُصَام بدرجة خـاصة أية أدوية سحـرية يمكن أن تصحّح الاضطراب الكيميائي المحدد الذي يمكن أن يعتبر مسؤولاً عن ظهور المرض .

لذلك فإن مـعاجة أي مريض فُصَامي هو تخطيط شامل وعـلاجات متداخلة متكاملة في حدود فرص الواقع المتاحة .

وفيما يلي بعض معالم الخطة العلاجية .

1 ـ الهدف من المعالجة هو ضبط النوبة الحادة بأسرع ما يمكن .

2 ـ الحد من التعود على المرض وظهور المضاعفات .

3 ـ التغلب على الإعاقة ، وإزالة الأعراض وخـاصة تلك التي تمثل خطراً على المريض أو المجتمع ، وإعادة تأهيل المريض الفُصَامي .

4 ـ الحد من النكسات سواء بتقليل فرص حدوثها أم بتحوير نوعها أم بتقليل مدّتها .

5 ـ التأهيل لتعليم طريقة أخرى للتواجد في الحياة كما هي ، مع الآخرين كما هم .

وتشمل الخطة العـلاجية استعـمال مختلف الوسـائل العلاجية من فـهم وتعاطف وتمريض وأدوية وجلسات تنظيم إيقاع المخ ، كل ذلك بجرعات مناسبة وبتوقيت دقيق .

ثالثاً ـ المعالجة الكيميائية

1 ـ وتشمل مضادات الذُهان مثل أدوية الفينوثيازين مثل اللارجاكتيل وتبلغ جرعته من ألف إلى ثلاثة آلاف ميلي غرام يومياً أو عقـــار البيتيروفينون من عشرة إلى أربعين ميلي غـــرام يومياً .
(وهذه مجرد أمثلة ، لا تغني عن التفصيل في المعالجة)

2 ـ يمكن إعطاء هذه الأدوية ومكافئاتها في شكل حقن ذات مفعول طويل المدى ، وذلك بالنسبة للحالات التي ترفض أو تنسى أو تقاوم العلاج بالفم ، وكذا بالنسبة لبعض الحالات المزمنة التي تحمل بعض المخاطر والتي لا توجد لديها فرص للتأهيل والعلاج المتكامل .

3 ـ لابد من ملاحظة أثار هذه الأدوية وأعراضها الجانبية والحذر من الحماس في ضبط الأعراض الإيجابية الظاهرة خشية أن يحل محلها أعراض سلبية فضلاً عن المضاعفات الممكنة للجهاز العصبي والحركي والعاطفي معاً .

4 ـ من الممكن اتباع طريقة الحرجلة (نعطي ونوقف ، ثم نعطي ونوقف بضوابط حسب الاستجابة) في إعطاء هذه الأدوية لتجنب كثير من المضاعفات .

5 ـ في الحالات الحادة والتي تعاني من اضطرابات النوم خاصة يمكن في البداية إضافة جرعات محدودة من المهدئات الخفيفة أو المنومات .

6 ـ في الحالات الدورية والمصاحبة بنوبات نزوية يمكن إضافة بعض مضادات الصرع ، لا باعتبارها حالات صرعية ، وإنما لثبات مفعول بعض هذه المضدات كعامل مساعد نحو الرجوع إلى التوزن البيوكيميائي والسلوكي .

رابعاً ـ المعالجة بالكهرباء

مازال هذا العلاج يمثل إنجازاً من أعظم الإنجازات التي حققها الطب النفسي في تاريخه ، والمريض الفُصَامي يمكن أن يستفيد من هذا العلاج إذا أحسن توقيته ، وضبط استعماله مع سائر المعالجات الأخرى . ومن الخطوط العمة والملاحظات التي يحسن تذكرها في شأن هذا العلاج ما يلي :

1 ـ إن هذه المعالجة تطبق في الحالات المصاحبة بدرجة واضحة من الاضطرابات الوجدانية وخاصّة الاكتئاب

2 ـ قد تُفيد هذه المعالجة في حالة الجامود catatonia جنباً إلى جنب مع المهدئات الكبرى .

3 ـ تطبق هذه المعالجة بفاعلية أكبر في الحالات ذات الطابع الدوري .

4 ـ تطبق هذه المعالجة في الحالات غير المتدهورة ، ومع الأعراض الإيجابية النشطة مثل الوُهَامات (الضلالات) والهلوسات النشطة .

5 ـ نلاحظ أفضل النتائج إذا طبقت هذه المعالجة بجرعات محدودة (أربع إلى ستة) لدفع وقفة تعترض مسير الخطة العلاجية . وبعد تحضير مناسب بالأدوية المهدئة الكبرى وبعد إرساء علاقة علاجيه هادفة على أرض الواقع بالتوجه إلى بدايات العودة إلى فاعلية العمل اليومي المنتظم .

6 ـ لم تعد تصلح تسمية هذه المعالجة بمعالجة الصدمة الكهربية electro-shock ولا بالمعالجة بالتخييج الكهربي electro convulsive therapy (E.C.T) حيث أنه لا يحدث صدمه ، كما أن الاختلاجات لم تعد كما يتصوّرها العامة بعد سنعمل المخدر العام ومرخي العضلات مع هذا لعلاج ، وقد اقترح لهذا العلاج اسم مناسب لغرض طبيعة عمله لاستعادة التوازن المناسب لإيقاع المخ ، وهذا الاسم هو معالجة مُزَامنة لإيقاع الدماغ brain synchronizing therapy (B.S.T.) .

خامساً ـ المعالجة النفسية

من حيث أن كل علاقة علاجية حقيقية تشمل المعاجة النفسية ، فإن ذلك يعني أن مريض الفُصَام لا يحرم ضمناً مما هو بالنسبة للمفهوم لتقليدي معلجة نفسية ، وينبغي أن نراعي في ذلك :

1 ـ إن المعالجة النفسية بالمعنى لذي يشيع عن التحليل النفسي بما فيه ما يسمى التداعي الحر لا يفيد ، بل قد يضر .

2 ـ إن المعالجة النفسية تركيبية تربيطية ، لا تفكيكية تحيلية ، أي أنها تُهدف إلى إعادة تركيب أجزاء نفس المتناثرة وتربيطها في وحده إنسانية فاعلة ، ولا ترمي إلى تفكيكها أكثر لفحص عمقها وجوهرها .

3 ـ إن الدعم لنفسي يصاحب التأهيل والعلاج الكيميائي والكهربي معظم الوقت .

4 ـ إن المعالجة النفسية الداعمة قد تصل إلى نتائج مناسبة مع المعالجة الدوائية والتأهيل

5 ـ يقال إن بعض أنواع المعالجة النفسية العميقة والمكثفة تأتي بنتائج مفيدة جداً في بعض الحالات المنتقاة ، إلا أنه ينبغي تذكر انه لا يصلح لمثل ذلك إلا حالات نادرة خاصه ، وأن هذه لمعالجه تستغرق وقتاً طويلاً وتكاليفها باهظة ولا يمكن تعميمها .

سادساً ـ المجتمع العلاجي

يعتبر المجتمع العلاجي من أنسب أنواع العلاج للفُصَامي ، حيث يتيح جواً من التفاهم العملي المدسب ، والمشاركة ، كما يشمل المريض في جو عام منضبط متسامح في آن ، بما يحقق إجازة بإزاء من المجتمع الأوسع ثم عودة تدريجية ، بدلاً من الانسحاب تماماً من المجتمع الخارجي الضاغط أو السليم للانسحاق تحت شروطه . وفي المجتمع العلاجي تعطى معظم العلاجات ولكن بطريقة متسقة للتكامل العلاجي .

سابعاً ـ المعالجة بالعمل work therapy والمعالجة بالنشاطات العلاجية

تساعد هذه المجموعة من المعالجات المريض النفسي في تجاوز وقفته والتغلب على انسحابه ، وفي استعادة تدريب قدراته ، والمشاركة مع آخرين في هدف مشترك ، والمقصود بالمعالجة بالعمل هو تنظيم جزء هام من وقت المريض لأداء عمل معيّن (يستحسن أن يكون في جماعة) له عائد واضح يضمن الاستمرار ، وينبغي أن ننظر إلى هذا العلاج على اعتبار أنه ليس مجرد ملء فراغ .

أما المعالجة بالنشاطات فيقصد بها الاهتمام بتنشيط كل القدرات الأخرى بشكل منتظم متناوب مع التهدئة الكيمياتية وغيرها ، بحيث يستعيد الجسد نشاط إيقاعه ، وكذا يستعيد الوعي يقظة تواصله ، وهذا النشاط والتنشيط ليس مجرد رياضة بدنية أو تدعيم لياقة خاصة .

أما مفهوم العمل العلاجي ، فهو أن يكون العمل علاجاً تماماً مثل الأدوية أو المعالجة المزامنة لإيقاع الدماغ ، وهو يضبط بتوقيت وجرعات متزايدة ومتناقصة حسب الخطة العلاجية المتكاملة ، وهو يهدف أيضاً إلى إبلاغ المريض بقية الرسالة العلاجية التي تؤهله للفاعلية والتكيف في المجتمع .

ثامناً ـ المعالجـة السلوكية والمعرفية

تفيد المعالجة السلوكية البسيطة في بعض الحالات المزمنة خاصّة ، ولاسيّما في تدعيم بعض أنواع السلوك العادية واللازمة للعودة إلى العناية بالذات والتكيف مع المجتمع

أما المعالجة المعرفية فهي تساعد تماماً في إعادة تنظيم اللغة من جهة استعادتها لأداء نشاطها التواصلي ، كما تساعد في تربيط تشتت التفكير وتجاوز اضطرابه الجوهري .

تاسعاً ـ التأهيــل

يعتبر التأهيل هو العلاج الأول لحالات الفُصَام التي أزمنت وانسحبت وكادت قدراتها تضمر لعدم الاستعمال ، ويشمل التأهيل عادة المبادئ الأساسية لكل العلاجات السابقة ، وكذلك يواكب استعمال بعض هذه العلاجات المناسبة بالجرعة المناسبة وللفترة اللازمة أثناء التأهيل .

عاشـراً ـ المعالجة مع الأسرة والمعالجة مع المجتمع

يعتبر كل من المجتمع والأسرة من المتغيرات الهامة في استمرار بقاء مرض الفُصَام ، وما لم تنتبه إلى قلب دورهم ـ إن كان سلبياً ـ ومشاركتهم في تدعيم كل الأهداف السابقة لما هو معالجة الفُصَامي قد يعاق التقدم نحو الشفاء ، ويتأكد هذا بشكل خاص في العالم العربي خاصّة حيث تمثل الأسـرة (والمجتمع) عاملاً شديد التداخل في الصحة والمرض .

متــلازمات سريرية (إكلينيكية) ذُهَانية أخرى

1 ـ اضطرابات الفُصَام الوجداني (العاطفي)

schizo-affective disorders

بعض الحالات قد تجمع بين أعراض الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) وبعض أعراض الفُصَام بدرجة يصعب تصنيفها إلى أي منهما . لذلك فقد صنفت في فئة مستقلة تسمى اضطرابات الفُصَام الوجداني (العاطفي) .

بالرغم من أن معظم التصنيفات العالمية قد اختلفت في تصنيف الفُصَام الوجداني (العاطفي) . فالبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الفصام والبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الوجدان (العاطفة) ولكن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 للاضطرابات النفسية قد صنفته تحت فئة الاضطرابات الذُهَانية وليس تحت الفُصَام ، كما كان يتبع في المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 9 ـ للاضطرابات النفسية .

وبائيــات المرض

لم تحدد وبائيات الفُصَام الوجداني (العاطفي) في صورته الحالية بدرجة كافية ، ولكن بعض النتائج تحدد وقوع المرض 5% إلى 8% أي بمتوسط 7% .

أسباب مرض الفُصَام الوجداني (العاطفي)

حتى الآن لا نستطيع الجزم بالسبب الرئيسي لحدوث الفُصَام الوجداني (العاطفي) وهناك أربعة تفسيرات لحدوث المرض تتلخص في :

1 ـ إما أن يكون نوعاً من أنواع الفُصَام أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) .

2 ـ أو أن يكون ممثلاً لكل من الفُصَام والاضطراب الوجداني (العاطفي) .

3 ـ أن يكون فئة منفصلة تماماً ومختلفة عن كل من الفُصَام واضطرابات الوجدان (العاطفة) .

4 ـ قد يمثل مجموعة ائتلافية أو غير متجانسة تجمع الاحتمالات السابقة .

وهذا هو الرأي المرجح في الفترة الحالية ، فبعض الحالات تضــــاف فيها الأعراض الوجدانية (العاطفية) إلى مرض فُصَامي بصورة واضحة ، لبعض الآخر تضاف فيها الأعراض الفُصَامية إلى اضطراب وجداني (عاطفي) ســـبق ـ ولكن لا يجب استــخدام تشخيص الفُصَام الوجداني

(العاطفي) إلا عندما يكون كل من الأعراض الوجدانية (العاطفيـة) والأعراض الفُصَامية متساويين في الوضوح في نفس النوبة .

الأعـراض السريرية (الإكلينيكية)

حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية . تتبـع الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض إحدى لصور التالية :

1 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني هَوَسي .

2 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني اكتئابي .

3 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني مختلط (هَوَسي ـ اكتئابي) .

4 ـ اضطراب فُصَامي وجداني آخر غير محدد .

5 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني آخر غير مصنف .

1 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني هَوَسي

وهده تجمع الصورة السـريرية (لإكلينيكية) بين كل من أعراض الفـصام مثل الوُهَامات (الضلالات) راضطهاد العظمة وبالاضافة إلى بعض أعراض الفُصَـام الأساسـية (النموذجة) كاضطراب التفكير وخـاصة إذاعة الأفكار أو التدخل في التفكير أو التحكم الخـارجي في التفكير وقد ترجد بعض الأصوات اتي يسمعها المريض من مختلف أنواعها ، ويجب أن يوجد بشكل واضح في نفـس الوقت زيادة في المـزاج وريادة في الابتهـاج وارتفـاع في تقدير الـذات مع ريادة واضحـة في النشاط .

2 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني اكتئابي

وهنا تجمع الصورة السريرية (الإكلينيكية) كل من أعراض الفُصَام (السابقة) وأعراض الاكتئاب الواضحة مثل (فقدان الشهية واضطرابت النوم وهبـوط في الطاقة الحركية وبطء في التفكير ولشعور بالذنب مع بعض الأفكار الانتحارية) .

3 ـ الاضطراب الفُصَاميّ الوجداني (العاطفي) المختلط

وهنا يوجد كل من الأعراض الفُصَاميـة متواكبـة في نفس الوقت مع أعراض اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب مختلط

5/4 ـ اضطراب الفُصَام الوجداني الآخر وغير المُصنَّف

حيث توجد الأعراض الفُصَامية ولكن لا تستوفي معايير تشخيص الفُصَام أو الهَوَس أو الاكتئاب .

مآل ومعايير اضطراب الفُصَام الوجداني (العاطفي)

تختلف درجة التحسن حسب الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض ، والنتائج المتاحة قد أوضحت ما يلي :

1 ـ مآل مرض الفُصَام الوجداني الهَوَسي يشبه إلى حد كبير مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 ـ مآل مرض الفُصَام الوجداني الاكتئابي ـ يشابه إلى حد كبير مآل مرض الفُصَام .

توجد بعض العوامل التي تضيء الطريق لتحديد مآل المرض .

(أ) الشخصية : يتحسن المريض ذو الشخصية السوية قبل بدء المرض ، وتقل نسبة التحسن كلما كان المريض يعاني من بعض الاضطرابات في الشخصية .

(ب) بدء المرض : ترتفع نسبة الشفاء في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض فجأة ، وتقل في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض تدريجياً .

(ج) العوامل الحافزة على المرض : نسبة الشفاء تزيد عندما توجد هذه العوامل الحافزة على المرض في البيئة المحيطة ، أما هؤلاء الذين يظهر عليهم دون مسببات بيئية فتكون نسبة الشفاء أقل ، لأن ذلك يرجح العامل الوراثي أو البيولوجي بدرجة كبيرة .

(د) الأعراض السريرية (الإكلينيكية) : يسوء مآل المرض حسب نوع الأعراض الفُصَامية وخاصة السوابق العائلية (الأعراض السلبية) .

(هـ) التاريخ العائلي (السوابق العائلية) : وجود تاريخ عائلي للفُصَام يعتبر مؤشراً لسوء المآل ، وعلى العكس إن وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للفُصَام الوجداني (العاطفي) أو اضطرابات الوجدان (العاطفة) تعتبر مؤشراً على ارتفاع نسبة التحسن .

ملحوظة : وجود أعراض فُصَامية أساسية أو نموذجية من المرتبة الأولى من أعراض شنايدر لا يؤثر على مسار المرض .

الشـــخيص التفريقي

1 ـ الأمراض العضوية : مثل أمراض الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ أو التهاب السحايا أو بعض أنواع الصرع مثل صرع الفص الصدغي

قد تظهر في هذه الأمراض إلى جانب الصورة السريرية (الإكلينيكية) ، لميزة لها بعض أعراض الفُصـــام الوجداني (العاطفي) ، وهنا تجب التفــرقة حيث نجد بعض العلامات المصاحبـة للأمراض العضوية مع زيادة في تشوش الوعي وضعف في القدرات العقلية والذاكرة والانتباه . وذلك بالإضافة إلى استعمال بعض الاستقصاءات المساعدة مثل تخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب .

2 ـ الفُصَام الوجـداني (العاطفي) العضوي . قد ينتج عن تعـاطي بعض الأدوية ـ مثل الكورتيزون والأمفيتامين ـ أو الأدوية التي تؤدي إلى الهلوسة مثل عقار الهوسة (L.S.D.) . وهنا فالتفرقة تتضح من تاريخ المرض ، وكذلك سرعة دخول المرض وبعض التشوش في الوعي .

3 ـ كذلك يجب التفرقة بين كل الأسباب المؤدية إلى الفصـــام أو الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) (كما سبق ذكرها) .

المعالجـــة

1 ـ الإدخال إلى المستشفى .

2 المعالجة الدوائية ـ وتستعمل مضادات الذُهَان مثل معالجة الفُصَام.

3 ـ يعطى مرضـــــى اضطراب الفُصَام الوجداني (العاطفي) الهَـوَسي الليثيوم أو الكاربرزيبام للوقاية من النكسات .

4 ـ قد يعطى مرضى اضطراب الفُصَـام الوجداني (العاطفي) الاكتئابي مضادات الاكـتئاب بالإضافة إلى الجلسات الكهربائية .

2 ـ الاضطراب الوُهَامّي (الضلالي) المشترك

هذا النوع من الاضطراب الوُهَامّي (الضلالي) يعتبر نادراً إلى حد مـا . وفيه يشـــترك شخصان تربطهما علاقة عـاطفية وثيقة ، وفي هذ الحالة يكون الشخص المهيـمن مسيطراً على الشخص الآخر الذي ينقل إليه الوُهَامـــــات (الضلالات) وهو عادة ما يكون معتمــــــداً على الشـــخص الأول (المريض الأصلي)

وتنتقل الاعتقادات الوُهَامية (الضلالية) حينما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبالغ ، وخاصة إذا كانوا في عزلة عن الآخرين إما بسبب اختلاف اللغة أو الثقافة .

السمات السريرية (الإكلينيكية)

1 ـ تقاسم شخصين (أو أكثر) نفس الوُهَامات (الضلالات) بحيث يؤيد أحدهما الآخر .

2 ـ وجود علاقة وروابط وثيقة بينهما .

3 ـ وجود دليل زمني بأن هذه الوُهَامات (الضلالات) قد انتقلت من الشخص المصاب إلى الشخص أو الأشخاص الآخرين من خلال تعاملهم مع الشخص المريض

4 ـ يجب استبعاد هذا التشخيص إذا كان الشخصان المقيمان معاً يعانيان من نوعين مختلفين من الوُهَامات (الضلالات) .

3 ـ اضطرابات الوُهَــام (الضلال)
delusion

هي اضطرابات ذُهَانية يكون العرض الرئيسي وربما الأوحد هو وجود وُهام (ضلال) مع عدم وجود أي دليل على إصابة المخ إصابة عضوية ، ويخلو صاحبها من أية أعراض وجدانية (عاطفية) كالتي تميز اضطرابات المزاج الكبرى ، ويتماشى مزاجه عادة مع محتوى الوُهَام (الضلال) . أما عن محتوى الوُهَام (الضلال) فلا يكون شاذاً وغريباً مثل الفُصَام ، وتبقى شخصية المريض وتفكيره خارج موضوع الوُهَام (الضلال) متماسكة .

نبــذة تاريخيــة

كان كريستان هينروث 1810 أول من أطلق كلمة برانويا على حالات من المرض النفسي ، تبعه أيسكيرول عام 1838 بالاسم مونومانيا أو الجنون الأحادي ليبين أن هذه الحالات الوُهَامية (الضلالية) تخلو من أي اضطراب في التفكير والسلوك وأنه غير شائع . ثم كربلين 1921 والذي وصف حالات بأنها تبدأ بالتدريج وتتخذ مساراً مزمناً ، وميزها أيضاً عن الفُصَام بخلوها من الهلاوس والأعراض النفسية الأخرى وعدم تدهور الشخصية .

وفي التقسيمات الحديثة « المراجعة الثالثة للتصنيف الأمريكي المعدل والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 » فقد ضم اضطراب الوُهَام (الضلال) غير الزوري إلى هذه المجموعة مثل وُهَام (ضلال) العظمة والعشق والغيرة والجَسَدَنة وغيرها .

الوبائيــات

تقدر نسبة انتــشار هذا النوع في الولايات المتحدة بـ 0,03% ، وهي أقل كثيـراً من نسبة الفُصَام (1%) واضطربات المزاج (5%) وقد تكون النسـبة أكبر من ذلـك بكثير نظراً لأن غالبـية المرضى لا يلجــؤون للطب النفســي إلا إذا اضطرهم الأهل والمحيطيـون إلى ذلك . ومتـوسط عمـر الإصابة بهذه الاضطرابات هو 40 سنة ولكن يتراوح ما بين 25-90 . وتصاب النساء أكثر قليلاً من الرجال ، كـما تزيد النسبــة نوعاً بين الفقــراء والمهاجرين . ويبـقى الكثير مــن المرضى مواظبين على عملهم رغم الاصابة بالوُهَام (الضلال) .

أســـباب المرض

مازالت الأســباب الحقـيقيـة مجهـولة ، وهناك اعتقـاد عند البعض أنه نوع من أنواع الفُــصَام أو اضطرابات المزاج ولكن الدراسات الــوراثية لعائلات المرضى أثبــت أن اضطراباب الوُهَام (لضلال) مستقلة عن غيرها .

كمـا أنه بتتـبع الوُهَام (الضلال) ، على المدى البـعيد نجـد أنه لا تتحـول إلى أي من النوعين الآخرين ، وهذا ينفي لافتراض بأنه نوع مبكر مــن اضطرابات المزاج أو من الفُصَام . ويوجه للبحث وراء العوامل البيولوجية التي تركزت حول إصابة الجهز الحُوْفي limbic والعقد القاعدية ، نظراً لأن الاصابة العضوية في هذين الجزئين من المخ تعطي أعراضاً شبيهة في مرضى المجموع العصبي ، ولكن لم توجد حتى الآن أية إصابة واضحة في مرضى اضطراب الُوُهَام (لضلال) .

ومن الأسباب النفسية والاجتماعية يرجح بعض العلماء أن العزلة الاجتماعية وعدم تحقيق الذات وفرط الحساسية واللجوء إلى الحيل الدفاعيــة الزائدة مثل الإسقاط والإنكار والمغالاة يساعد في تكوين الوُهَام (الضلال). وقد فــترض فرويد أن الشذوذ الجنسي الكامن في لعــقل الباطن لهؤلاء المرضى يكون سبباً وراء هذا الاضطراب ، وعموماً ، فإن هؤلاء المرضى يتميزون في سوء الظن في العلاقات بين الناس ، وربما يكون هذا استمراراً لما أحسوا به في فتـرة النمو داخل أسرهم ، والتي تتميز أحياناً بأبٍ بعيد وقاسٍ وأم مفرطة في التحكم .

الأعــراض السريرية (الإكلينيكية)

يتميز هؤلاء المرضى بحـسن المظهر والأداء الطبيعي لواجباتهم اليوميـة ، وقد يبدو منهم ما يوحي بشكهم وتصرفهم ، فعند فحصهم قد يتعمــد المريض المشاكسة لإنهاء الحوار مع الطبيب ، أو قد يلجأ إلى إحراج الطبيب لأخذ موافقتـه لضمنية على الوُهَام (الضلال) ، ويجب الاحتراس من ذلك لأن هذا يضر بمسار العلاج فيما بعد .

ويتماشى مزاج المريض مع نوع الوُهَام (الضلال) ، ففي معتقدات العظمة يكون مبتهجاً ، وفي معتقدات الاضطهاد يكون مكتئباً أو حذراً ، ولا توجد في هؤلاء المرضى هلاوس واضحة أو مستمرة ، ونادراً ما تحدث بعض الهلاوس السمعية والمماشية مع موضوع الوُهَام (الضلال) ، ولا توجد أي اضطرابات في التفكير ، غير أن المريض عند مناقشته في موضوع الوُهَام (الضلال) يكون مسهباً ويعنى بالتفاصيل ، ويمتلئ كلامه عندئذ بتفسيرات شخصيه ، ويتميز الوُهَام (الضلال) عن غيره من الأمراض الذُهَانية بأنه أقرب إلى احتمالات الواقع .

ومن الضروري في تقييم حالات الوُهَام (الضلال) أن نقيِّم مدى قدرة المريض على التحكم في اندفاعاته ، وذلك بمعرفة تصرفه السابق ازاء وُهَاماته (ضلالاته) من ميل للعنف أو الانتحار أو ربما القتل . وإذا كان تحكمه في السابق ضعيفاً فهذا يساعد الطبيب على فتح الحوار مع المريض بالعلاج ، وذلك لمساعدته في التحكم في اندفاعاته

سـير المرض ومآلـه

يبدأ المرض ببعض الأحداث الاجتماعية التي تخلق جواً من الشك ، ومعظم الحالات تبدأ بالتدريج ، وتزداد الشكوك المبدئيه تعقيداً وإحكاماً ، وعلى المدى البعيد تختفي الوُهَامات (الضلالات) في 50% من الحالات ، وتخف حدتها في 20% من الحالات . وتستمر كما هي في 30% من الحالات الباقية .

والتنبأ بالمآل الجيد يعتمد على وجود قدرة جيدة على ممارسة العمل والعلاقات الاجتماعية الجيدة ، والتأقلم مع ظروف الحياة ، والبداية الحادة وقصر مدة الاضطراب مع وجود عوامل مُرَسِّبة precipi- tating ، وفي المرضى من الإناث وقبل سن الثلاثين فإن وُهَامات (ضلالات) الاضطهاد والعشق والحسدنة يكون مآلها أحسن من الغيرة والعظمة .

التشخيص

لاضطراب الوُهَام (الضلال) نوعان رئيسيان :

1 ـ **اضطرابات الوُهَام (الضلال) الحادة :** وتحدث في فترة تمد أسبوعين ما بين انتقال المريض من الحالة الطبيعية إلى حالة الذُهَان الواضحة وحتى ثلاثة أشهر .

2 ـ **اضطرابات الوُهَام (الضلال) المستمر :** وفيه تستمر الوُهَامات (الضلالات) فترة لا تقل عن 3 أشهر .

وله أنواع أخرى وفق المضمون ، وهي مرتبة حسب شيوعها إلى خمسة أنواع هي :

(أ) الوُهَامات (الضلالات) الاصطناعية

ويكون المضمون بسيطاً أو معقداً في موضوع واحد أو موضوعات متشابكة ، مثل مؤمرات الغش والخداع والتجسس والمراقبة أو الإضرار بالسم أو الأدوية أو محاولة إعاقة الأهداف ، ويتخذ المريض من أحداث تافهة نواة يبني عليها قصة الوُهَام (الضلال) . ويكون في العادة حانقاً غاضباً ، وقد يلجأ للعنف ضد من يتصورهم أعداءه

(ب) وُهامات (ضلالات) الغيـــرة

وفيـها يتصور المريض من الجنسين أن الطـرف الآخر غير مـخلص له ، ويتخذ من أحداث تافـهة مصدراً لشكوكه . وقد يلجأ إلى تصرفات غير عـادية ، كأن يصر على حبس زوجته بالمنزل أو تَتَبُّعها سراً أو يدير استجواباً مستمراً أو قد يلجأ للعنف .

(ج) وُهَامات (ضلالات) العظمة

وفيها يعتقد المريض أنه يمتلك موهبة فائقة أو بصيرة نافذة ، أو أنه قد وصل إلى اكتشاف هام ، أو أن له علاقة غير مرئية بشخصية هامة حـية أو ميتة ، وقد تكون محتويات الوُهَم (الضلال) دينية ، وبعض هؤلاء ينحجون في أن يقودوا بعض الطوائف الدينية المتطرفة .

(د) وُهَامات (ضلالات) العشق

وهنا يعتقد الشخص أنه محبوب من أحد المشاهير أو الرؤساء من طبقة اجتماعية متميزة . ويكون هذا الحب رومانسياً ملائكياً ، وقد يصاحب هذا الوُهَام (الضلال) محاولات للاتصال بالمحبوب عن طريق الخطابات أو الهاتف أو الهدايا أو الملازمة المســـتمرة ، ونادراً ما يبقي المريض هذا الوُهَـــام (الضلال) سراً ، وغـالبية الحالات السـريرية (الإكلينيكية) تكون من النساء ، ولكن الغـالبية التي تعرض علـى الطب النفسي الشـرعي (الجنائي) تكون من الرجال الذين يلـجأون إلى العنف أحـيناً لحماية وإنقاذ من يتصورون أنه يحبهم من مخاطر .

(هـ) الوُهَامات (الضلالات) الجسدية

وهنا قد يعـتقـد المريض أن الروائح الكريهة تنبـعث من جسده (من جـلده أو فمه أو شـرجه أو مهبلها) ، أو أنه يعاني من حشـرات تمرح على جلده أو داخله ، أو أنه يعاني من طفيليات غريبة ، أو أن أجزاء من جسمه مشوهه أو قبيحه ، أو أن هناك مـا يشير في جسمه أو مشيته أنه شاذ ، أو أن أجزاء من جسده لا تعمل مثل القولون .

التشخيص التفريقي

يجب استبعاد الاضطرابات التالية :

1 ـ **أمراض المجموع العصبي العضوية** وخاصة التي تصيب منطقتي الجهاز الحرفي limbic والعقد القاعدية ، وهنا قد تظهر بعض الوُهَامات (ضلالات) . ولكن الفحص البطني والعصبي مع إجراء الفحوص المخبرية (المعملية) والقياس النفسي مثل اختبار بندرجنست واختبار وكسلر للذاكرة وتخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب تكون ذات أهمية في التفرقة .

2 ـ تفرق حالات **الهَذَيَان** بوجود تشوش في درجة الوعي يتموج مع وجود اضطراب في القدرات المعرفية .

3 ـ حالات **الخَرَف المبكرة** مثل مرض آلزهيمر قد تعطي صورة شبيهة ولكن القياسات النفسية للقدرات المعرفية تساعد في التشخيص .

4 ـ **هلاوس الكحول والمنبهات** مثل الأمفيتامين أو معاقرة الحشيش أو دواء إل ـ الدوبا L-dopa وكلها تحتاج إلى تحاليل خاصة .

5 حالات **الادِّعاء والتَّصَنُّع**

6 أما حالات اضطراب **الفُصَام واضطرابات المزاج الكبرى** فتفرقها بأن اضطراب الوُهَام (الضلال) يخلو من عوارض الفُصَام ، وأن الوُهَام (الضلال) فيه يكون غير شاذ . وأحياناً تتشابه ضلالات العظمة والعشق والبهجة التي تصحبها مع حالات المرح . وتتشابه حالات الاضطرابات الجسدية مع حالات الاكتئاب ، ولكن خلو المرض من أعراض الاضطراب المزاجي ومسار المرض يفرق هذه الحالات .

7 ـ أما **اضطراب الشخصية البارانوي (الزوري)** فيتميز بفرط الشكوك في كل شيء دون وجود وُهام (ضلال) محدد .

المعالجـة

يكون دخول المستشفى ضرورياً في الحالات التي يحتمل فيها الانتحار أو تظهر فيها الميول العدوانية ، أو تعرض العمل والعلاقات الأسرية للخطر والتمزق ، وأحياناً لعمل اختبارات تشخيصية ، وعلى الطبيب محاولة إقناع المريض بالدخول . وقد يقبل المريض بالدخول للمستشفى رغم عدم اقتناعه بجدوى ذلك خوفاً من التعرض لمشاكل قانونية .

المعالجة الدوائية

قد تحتاج بعض الحالات الحادة إلى أحد المهدئات الكبرى عن طريق الحقن العضلي ، ولكن يفضل في الحالات المزمنة أن نعطى الأدوية بالفم ، وغالباً ما يرفض المرضى أخذ الدواء لأنهم يخشون حدوث أعراض جانبية ، وقد يدخلون هذه الآثار في نسيج وُهاماتهم (ضلالاتهم) .

ولذا يستحسن إيضاح العوارض الجانبية للمريض حتى لا تثار شكوكه ، ويستحب عدم البدء في وصف العلاج قبل أن تبنى مع المريض علاقة الألفة .

وإذا كان المريض قد عولج من قبل بالأدوية فإن أحسن مؤشر لاختيار الدواء الصحيح هو تاريخ سبق باستجابة حسنة لصنف معين ، ويستحسن البدء بجرعة بسيطة مثل دواء الهالوبريدول Haloperidol (1.5 ميلي غرام يومياً مثلاً) تزداد تدريجياً إلى جرعة معتدلة ، وإذ لم يستجب المريض في خلال ستة أسابيع تستعمل فصيلة أخرى من المهدئات الكبرى . والشائع في عدم الاستجابة للأدوية هو عدم مداومة المريض على العلاج ، وإذا لم يستجب المريض للمهدئات الكبرى فيجب إيقافها ، أما من يستجيبون فإن جرعة المداومة عادة تكون قليلة ، ولا يوجد دليل على أن مضادات الاكتئاب أو دواء الليثيوم Lithium أو الكربامزبين Carbamazepine لها فائدة في علاج اضطراب الوُهام (الضلال) .

المعالجة النفسية

المحور الرئيسي للمعالجة النفسية الناجحة هو بناء علاقة ثقة جيدة مع المريض ، والعلاج الفردي أجدى من العلاج الجماعي ، ويجب الحذر من موافقة المريض على وُهاماته (ضلالاته) ، كما يجب عدم تحديه ، وقد يستجيب المريض ويتعاون في العلاج عند استعداد المعالج لتقديم المعاونة في زيادة السيطرة على القلق والملل الذي يعاني منه المريض دون مواجهته بعلاج الوُهَام (الضلال) مباشرة .

ومن الضروري ألا يكون المعالج متردداً في طريقه ، ويجب أن تكون مواعيد المريض منتظمة قدر الاستطاعة بعيداً عن التدليل ، كما يجب أن لا يسخر الطبيب من وُهام (ضلال) المريض بأي تلميح أو إثارة ، ولكن قد يبين له أن انشغاله بهذا الفكر يجهده وينغص عليه حياته ، وحينما يبدأ المريض في التذبذب في وُهماته (ضلالاته) يحاول المعالج تقوية اتصاله بالواقع وذلك باستنهاض همته نحو الشؤون الواقعية .

كما يجب إشراك أهل المريض في خطة المعالجة دون أن يبدو على الطبيب أنه قد انحاز إلى جانب (الأعداء) ، وعلى أقارب المريض أن يعلموا أن سرية المريض محفوظة ، وأن ما يخص المريض سيناقش معهم في وجوده في وقت ما ، وبهذا فقد يساند الأهل الطبيب والمعالجة .

مآل المعالجة النفسية

المعالجة النفسية تفترض أن علاقة المعالج مع المريض تقوى دفاعاته وتقوي الأنا وتثبط دوافع المريض ، وبذلك يتمكن المريض من التكيف رغم معتقداته التي تبقى لمدة طويلة ، ويتعلم المريض بهذا أن يميز المواقف لتي تثير الوُهَام (الضلال) والنتيجة الجيدة تعتمد على كفاءة المعالج ، ويظهر ذلك في تحسن التكيف الاجتماعي أكثر منه في اختفاء الوُهَام (الضلال) .

4 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة عابرة

وهي تأخذ عدة صور سريرية (إكلينيكية) مختلفة ـ مثل :

1 ـ اضطراب ذُهَاني حاد متعدد الأشكال غير مترافق بأعراض فُصَام .

2 ـ اضطراب ذُهَاني حاد متعدد الصور مع أعراض فُصَام .

3 ـ اضطراب ذُهَاني حاد شبه فُصَامي .

4 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة أخرى وُهامية (ضلالية) في الأغلب .

5 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة وعابرة أخرى .

6 ـ اضطراب ذُهَاني حاد ومؤقت أو عابر ـ لم يتم تصيفه في مكانٍ آخر .

5 ـ الاضطراب الفُصَامي الطابع

schizophreniform disorder

وهذا النوع من الاضطراب يتميز بوجود تصرفات غير مألوفة للمريض مع اضطراب واضح في التفكير والعواطف . قد تماثل إلى حد ما صورة الفُصَام ، ولكن لا توجد أعراض فُصَامية غيره ومتعددة في أي مرحلة ولكن عادة تأخذ الصورة بعض المواصفات التالية .

1 ـ وجود وجدان متجمّد أو متحفّظ .

2 ـ وجود بعض التغيرات في التصرفات أو المظهر بحيث يبدو غريباً أو شاذاً

3 ـ فقر في المعاملات العاطفية مع الآخرين مع ميل للعزلة والانطواء الاجتماعي .

4 ـ معتقدات شاذة وغريبة مثل السحر والشعور بالقدرة على الهيمنة والتحكم في الأشياء المحيطة لا تتماشى مع المعتقدات السائدة في البيئة المحيطة .

5 ـ أفكار زَوَرِيَّة .

6 ـ اجترارات وسواسية بدون مقاومة داخلية ، غالباً ما يكون محتواها إما جنسي أو عدوني ، أوشعور بتشوه في الشكل العام للمريض .

7 ـ مشاعر إدراكية غير عادية مثل ـ اختلال الأدوات أو اختلال لسئة أو بعض الخداعات الحسية

8 ـ غالباً ما يتصف التفكير بوجود غموض أو تفصيلات غير مطلوبة ، أو تعقيد أو تكرار ، ولكن دون فقدان للمعنى .

9 ـ نوبات عبرة من الاضطراب الذُهَاني قد تصاحبها هلاوس سمعية . وخداعات بصرية ، وأفكار شبه وهامية (ضلالية) تحدث عادة بدون استثارة خارجية ولا ينصح باستخدام هذا التشخيص على نطاق واسع ، حيث أنه غير مميز وغير واضح وضوحاً تاماً عن الفُصَام البسيط أو الفُصَام الزوري ، وكذلك غير مميز عن اضطراب الشخصية شبه الفُصَامي أو الزَوَرَاني ، لذلك يجب أن نوضح أنه يجب توافر أكثر من ثلاث أو أربع سمات من السمات المميزة المذكورة سابقاً بشكل مستمر أو نوبات لفترة لا تقل عن عامين ، ويجب ألا يكون المريض مستوفياً لشروط اضطراب الفُصَام ، كما أن وجود تاريخ إصابة بالفُصَام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض يعطي وزناً إضافياً للتشخيص ولكنه ليس شرطاً مؤكداً .

10 ـ اضطرابات ذُهَانية غير عضوية .

11 ـ اضطراب ذُهَاني غير عضوي لم يتم تصنيفه في مكان آخر .

اضطرابات المزاج mood
والعاطفة (الوجدان affecti)

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

وتشمل :

1 ـ نوبات الاكتئاب depression ،

2 ـ نوبات الهَوَس mania ،

3 ـ لاضطراب المزاجي الثنائي القطب bipolar mood disturbances (نوبات من الاكتئاب والهوس) ،

4 ـ ضطراب عسر المزاج dysthymia ،

5 ـ اضطراب المزاج النوبيّ epidosic .

أهم سمات اضطرابات المزاج

1 اضطراب **أولي في المزاج** وتتبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج الذي إما أن يكون حزناً وأسى أو بشكل اكتئاب أو سعادة وتيه وتفخيم وهَوَس أو مرح .

2 ـ **دورات نوبية** من الاكتئاب إلى المرح يتخللها مراحل من المزاج السوي .

3 ـ **إمكانية الشفاء** في معظم الحالات

واضطرابات المزاج من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، إذ تتراوح نسبتها بين 4-7% بين مجموع السكان ، أي يوجد حوالي عشرة مليون مكتئب في العالم العربي ، ويجب أن نفرق بين الأعراض الاكتئابية وهي شائعة ، وقد بينت بعض دراسات المسح الوبائي أن هذه الأعراض منتشرة بنسبه 30-35% من السكان ، وبين الاكتئاب . والاكتئاب أحد أسباب الانتحار الهامة ، إذ أن

الإحصائيات تؤكد أن 50-70% من المنتحرين في العالم يعانون من اضطراب اكتئابي ، وتنتشر حالات الاكتئاب بين الطبقات العليا في المجتمع ، والمهنيين ، والإناث ، وتكثر في الربيع وأوائل الصيف .

الأسباب

1 ـ **البيئة** . إن تركم كروب الحياة ، والأحداث المختلفة تؤدي إلى ترسيب precipitate لاستعداد ، وينتشر اضطراب المزاج بين كبار السن ، وغير المتزوجين ولاسيما عند من يعاني من البطالة ، وعدم وجود الترابط وفقدان المساندة الاجتماعية في البيئة .

2 ـ **الوراثة** : تلعب الوراثة دوراً هاماً في اضطراب المزاج حيث يظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68% ، وفي الإخوة بنسبة 30% ، وإذا كان أحد الوالدين يعاني من الاكتئاب فالنسبة بين الأبناء حوالي 12% .

3 ـ **عوامل عضوية** : ينتشر هذا الاضطراب قبل الدورة الشهرية ، وفترات توقف الطمث وبعد الولادة ومع الوذمة المخاطية myxedema ، ومرض كوشينغ Cushing disease ، والمعالجة بالكورتيزون ، كذلك مع أمراض المرارة ، والالتهاب الرئوي ، وأورام المخ ومع استعمال أدوية خفض الضغط مثل السيربازيل والميثيل دوبا وحبوب منع الحمل .

4 ـ **عوامل كيميائية** : وجد ترابط بين زيادة حساسية المستقبلات العصبية التالية للتشابك العصبي postsynaptic خاصة مستقبلات السيروتونين والدوبامين والنورأدرينالين وبين هذا الاضطراب ، وأن كمية هذه النواقل العصبية neurotransmitters تقل في التشابك العصبي synapsis ، وأن عمل الأدوية المضادة للاكتئاب هي زيادة كمية النواقل العصبية neurotransmitters في التشابك وخفض الحساسية في المستقبلات التالية للتشابك .

كذلك لوحظ زيادة في كمية الكورتيزون في الدم ، مما يتضح منه حدوث اضطراب في محور الوطاء hypothalamus ـ النخامية pituitary ـ الكظر adrenal .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية) :

(أ) نوبة الاكتئاب depression

1 ـ **المزاج السوداوي** ويتميز بشدته صباحاً والتحسن مساء ، وأهم الأعراض الإرهاق والإعياء والتعب ، وعدم القدرة على مواصلة العمل ، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة ، ويصبح المريض عندما يشتد الاضطراب عاجزاً ، يائساً مع خوف وسلبية ناحية الماضي والحاضر والمستقبل .

2 ـ **أعراض نفسية :** وأهمها الشكوى من أعراض بدنية مختلفة ، وآلام جسمية من الصداع إلى آلام الظهر ، إلى الاختناق ، والشعور بضغط على الصدر ، وآلام روماتزمية . وتشتد أيضاً هذه الأعراض مع الاحساس بفقدان أهمية ما يعمله ، مما يحزه ، والفشل والفقر والشعور بالذنب والتنقيب في الماضي لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب والخطيئة .

وقد يعاني المريض من وُهَامات (ضلالات) الاضطهاد أو العدمية (أعضاء الجسم لا تعمل بكفاءة مثل الجهاز الهضمي توقف عن العمل ، الرئة متوقفة عن النفس ، القلب لا يدق ، المخ فارغ . .) ، وأحياناً هلاوس سمعية يغلب عليها الإهانة والسب والشعور بالذنب وتتماشى مع المزاج الاكتئابي ، وأحياناً يعاني المريض من أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع (تبدل إدراك الواقع) .

3 ـ **أعراض سلوكية :**

(أ) يعاني المريض من هبوط حركي شديد قد يصل إلى حد الغيبوبة الجامودية catationic coma ، أو هياج وكثرة حركة وتوتر شديد .

(ب) محاولات الانتحار وقد يصل معدل الانتحار في مرضى الاكتئاب إلى 15% .

(ج) الانعزال الاجتماعي ، وإهمال النظافة والبعد عن المجتمعات والعمل .

4 ـ **أعراض فزيولوجية :**

(أ) الأرق وخاصة اليقظة قبل الفجر بعكس القلق الذي يسبب صعوبة في بدء النوم .

(ب) فقد الشهية وفقد الوزن .

(ج) فقد القدرة الجنسية واضطراب الطمث .

(د) الإمساك .

ولا يظهر الاكتئاب بكل المتلازمات السابقة ، ولكنه يقتصر على بعضها ، فمن المعروف الآن أن هناك الاكتئاب المقنَّع أو الباسم ، الذي يغيب فيه المزاج الاكتئابي وتكثر فيه الشكاوى البدنية والفسيولوجية والإعياء ... وهكذا .

وكان المصطلح الذي يستعمل سابقاً هو الاضطراب السوداوي (melancholia) ، وهو اكتئاب شديد يظهر في السن المتأخرة ، وكذلك الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ (النفسي والاجتماعي) ، وقد دلت الأبحاث الحديثة عن عدم جدوى هذه الأسماء .

ولا يُشخص الاكتئاب إلا إذا مرت فترة لا تقل عن أسبوعين في هذا المزاج السوداوي ، ويقسم الآن إلى خفيف ومتوسط ووخيم ، وذلك حسب شدة الأعراض ووجود الأعراض الذُهَانية .

(ب) نوبة الهَوَس mania

وهو مزاج يعاكس الاكتئاب ويتميز بالآتي :

1 ـ النشاط الزائد غير المثمر والذي لا يؤدي إلى هدف معين .

2 ارتفاع المزاج ، والإحساس بالقوة والسيطرة والعظمة ، مع الاستهانة بالمجتمع ، ونقد وتحقير الآخرين ، وغياب اللياقة الاجتماعية ، والثقة المفرطة في الذات .

3 ـ كثرة الكلام والمجادلة والمشاجرة مع اختيار ألوان زاهية غير مناسبة في الملبس أو التبرج .

4 ـ تطاير الأفكار والقفز من موضوع إلى آخر مع تشتت الانتباه .

5 ـ وُهمات (ضلالات) القوة والعظمة والذكاء والقدرة .

6 ـ الأرق والإفراط في الأكل ، مع زيادة الرغبة الجنسية .

(ج) الاضطراب العاطفي (الوجداني) الثنائي القطب

Bipolar affective disorder نوبات الاكتئاب والهَوَس mania-depressive crisis

عندما تتناوب دورات الاكتئاب والهَوَس تسمى ثنائية القطب ، وهذا الاضطراب هو أكثر أنواع اضطراب المزاج شيوعاً ، ويحتاج هؤلاء المرضى لعلاج وقائي حتى تمنع نوبات الاكتئاب والهَوَس والتي تؤثر تأثيراً بالغاً على المريض والأسرة والعمل .

(د) اضطراب خلل (عسر) المزاج
dysthymia disorder

وكان يطلق عليه سابقاً الاكتئاب التفاعلي reactive depression ، ويتميز بمزاج اكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين ، ولا تتخللها مزاج سويّ إلا لمدة لا تزيد عن شهر ، وتتميز أعراضه بإحساس دائم بالقنوط واليأس والأسى والزهد ، وعدم التمتع بمباهج الحياة مع أعراض خفيفة من الأعراض السابق ذكرها في نوبة الاكتئاب .

(هـ) اضطراب المزاج النّوبيّ
episodic mood disordor

اعتبر هذا الكيان السريري (الإكلينيكي) اضطراباً بعد أن كان يصنف تحت اضطرابات الشخصية ، ويتميز بنوبات دورية من المزاج السوداوي الاكتئابي مع نوبات من السعادة والمرح ، ولا تصل شدة هذا الاضطراب للاضطراب الثنائي القطب ، ولكنه يستجيب للعلاج الوقائي الكيميائي .

مـــآل prognosis اضطرابات المـــزاج

تصير اضطرابات المزاج إلى مـآل مختلف حسب شخصيـة المريض ، والعامل الوراثي ، والعوامل النفسية والاجتماعية المفجرة للنوبة ويمكن تلخيصها كالآتي :

1 ـ 10-15% من المرضى يعانون من نوبة واحدة أثناء حياتهم .

2 ـ 10-15% من المرضى يعانون من أعراض مستديمة طيلة الحياة بعد أول نوبة .

3 ـ 60-70% قـابلون للنكســات التي تخـتلف من نوبتين أو ثلاث إلى مـتكررة (أكثـر من ثلاث مرات) كل سنة .

4 ـ 15% ينجحون في الانتحـار ، ولذلك يعتبر الاكتئاب من الأمراض القاتلـة ، ويجب تشخيصه وعلاجه مبكراً لإنقاذ الحياة .

التشــــخيص التفريقـــي

يظهر في كثير من الأمراض العضوية أعراض الاكـتئاب والهَوَس ، ولذا يجب الحرص في استبعاد هذه الاضطرابات قبل تشخيص نوبة الهَوَس أو الاكتئاب .

1 ـ الذُهَان العضوي : خاصة زهري لمجموع العصبي ، متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، تصلب الشرايين ، أورام المخ الأولية أو الثانوية ، سرطان البنكرياس والقولون .

2 ـ الفُصَام : ولكن يتضح هنا اضطراب التفكيـر وأنواع الوْهامات (والضلالات) والهلاوس وعدم تناسب الوجدان .

3 اضطرابات عُصَـابيــــة : يجب تفرقـة لاكتئـاب من اضطرابات القلق والاضطرابات التحـولية والاضطرابات التفارقيـــــــة (الانشقاقة) .

4 ـ أمراض أخرى ، الكحولية ، وإدمان المخدرات ، الوذمة المخاطية ، البلاغرا .. إلخ .

المعالجـــــة

الإدخال في المســتشفى : ودواعيه هي نفسها الدواعي اللازمة للبدء بالجلســات الكهربائية المزمنة لإيقاع الدماغ :

1 ـ الرغبة الملحة للانتحار .

2 ـ الهبوط الحركي أو التوتر الشديد .

3 ـ رفض العلاج أو الطعام والشراب .

4 ـ الوُهَامات (الضلالات) القوية والشعور الشديد بالذنب .

5 ـ الأرق الحاد المستمر .

المعالجة النفسانية . خاصة المعالجة المعرفية العملاتية أو لمعالجة النفسية عبر الشخصية والتي تناقش المشاكل الخاصة بالفرد .

المعالجة الكيميائية . (تناقش بالتفصيل في فصل العلاج)

الاكتئاب : مضادات الاكتئاب . تثمر مضادات لاكتئاب بشفاء الحالة في حوالي 60 70% من الحالات .

الهَوَس : مضادات الهَوَس (مثل هالوبريدول Holeperidol) .

ثنائي القطب : عقار الليثيوم Lithium ليصل في الدم بين 0.6 ميلي غرام ـ 1.2 ميلي غرام في اللتر .

عسر لمزاج : علاج نفسي ـ مضادات الاكتئاب .

المزاج النوبي : علاج نفسي ـ مضادات الاكتئاب .

العلاج الكهربي لِمُزامَنَةِ إيقاع الدماغ : يناقش بالتفصيل في فصل العلاج .

وجدوى الجلسات الكهربائية يتراوح من 80-90% شفاء من الاضطراب ، ويحتاج المريض من 8-4 جلسات بواقع مرتين أسبوعياً ، وتعطى حالياً تحت التخدير والأدوية المرخية للعضلات والأكسجين ، ولذلك لا يوجد له مضاعفات إذا استعملت في يد خبيرة مع الاحتياطات اللازمة ، وعدم إعطائها في الحالات التي لا يحتاجها .

المعالجـــة الجراحيـــة :

من النادر ستعمل هذه المعالجة حالياً إلا في الحالات المزمنة الشديدة الانتحارية التي لم تستجب للمعالجة الكيميائية والكهربائية لمدة طويلة في شخصية سوية ، وهنا تقع الألياف الموصلة من الفص الجبهي إلى المهاد ، وتستعمل الآن طريقة جراحية تستمد على الترجيد لمراخي (المجسم) خاصة في التلفيف الحزامي .

اضطـرابات المـزاج الكبـرى

major mood disturbances

الأستاذ الدكتور مصطفى كامل اسماعيل

نبذة تاريخية

يعود تاريخ وصف اضطرابات المزاج سواء بصورة الاكتئاب depression أو الهَوَس mania إلى عهود قديمة ترجع إلى سنوات قديمة قبل الميلاد ، فعلى سبيل المثال لا الحصر وصف بقراط سنة 400 ق.م. الهَوَس والسَّوْداوِيَّة كاضطراب عقلي ومزاجي ، وتلاه كوربيلوس سنة 30 ق.م. الذي اعتقد أن نوبة الاكتئاب سببها يرجع إلى تراكم العصارة السوداء ، وجاء الفرنسيون مثل جوليه فالريه وجوليه باليرجير سنة 1854 ليصفا حالات كتئاب وضيق شديدين ولكنها كانت تتماثل للشفاء ، وجاءت سنة 1882 ليصف الألماني كارل كالبوم ضطراب المزاج الدَّوْرَوي ومراحله التي تتمثل فيها اضطرابات المزاج الاكتئابى والمرح الزائد .

وأخيراً وليس آخراً بلور الألماني إميل كرابلن سنة 1899 المفاهيم المختلفة لاضطرابات المزاج ليصف الاضطراب الهَوَسي الاكتئابي والذي شتمل وصفه على لكثير من العلامات والأعراض المميزة لذُهَان الاكتئاب والهَوَس .

وبائيـــات المرض

تختلف وبائيات المرض ومعدلات حدوث الاضطرابات المزاجية تبعاً للأنماط المختلفة التي تتمثل بها اضطرابت المزاج ، فمثلاً إن معدلات احدوث طوال الحياة للاكتئاب الأحادي القطب تصل إلى حوالي 6% ، بينما تمثل معدلات حدوث الاصطراب الوجداني الثنائي القطب حوالي 1% . ويؤثر على معدلات الحدوث عوامل مختلفة منها :

العمر : فمتوسط عمر الأفراد المعرضين للإصابة بالاكتئاب الأحادي القطب سن الأربعين ، بينما ينخفض هذا المتوسط إلى سن الثلاثين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

الجنس : والملاحظة العامة بغضّ النظر عن اعتبارات البيئة والثقافة هو حدوث الاكتئاب الأحادي القطب بمعدلات مضاعفة في الإناث ، وتتساوى معدلات الحدوث بين الجنسين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ولا يوجد اختلاف في نسبة الحدوث بين الصور المختلفة .

وتزداد معدلات حالات الاكتئاب بنوعيه في الأشخاص المحرومين من الروابط الاجتماعية الوثيقة ، وكذلك بين المطلقين والمنفصلين عنهم في المتزوجين ، وربما يكون الانفصال نتيجة وليست سبباً لظهور المرض ، وخاصة مرضى الاضطراب الثنائي القطب في سن مبكرة ، مما يسبب هدم الحياة الأسرية في تلك الحالات .

ويجدر الإشارة هنا إلى أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي لا يشكل عاملاً مميزاً حالات الاكتئاب الأحدي القطب .

الأســباب

لا نستطيع أن نعزو اضطرابات المزاج إلى أسباب مؤكدة وثابتة برغم تقدم البحثي الواسع ، ولكن مثل بقية الاضطرابات النفسية ، هناك عوامل ومسببات تميز هذا لنوع من الاضطرابات مثل :

1 ـ العوامل البيولوجيــة

(أ) الأمينات لبيولوجية : يعتبر النورابينفرين والسيروتونين من أهم الناقلات العصبية neurotransmitters التي يؤدي الاضطراب في معدل تكوينها وتواجدها أو الموازنة بين وجوده وحساسية مستقبلاتها إلى الاضطرابات في المزاج ، وقد ثبتت هذه الحقائق من خلال كثير من الدراسات وبأساليب تقنية متقدمة جداً أجري فيه حساب نواتج وآثار عمليات الاستقلاب (الأيض) في السائل لنخاعي مما يعكس مقدار وآثار نشاط هذه الناقلات .

(ب) الأحماض الأمينية (كناقلات عصبية) مثل الغابا GABA و لببتيدات النشيطة لمفعول مثل الفازوبرسين والأفيونات الداخلية ولتي لا يمكن إهمال دورها كعامل مسبب سواء بالزيادة أو النقصان .

(ج) الاتزان في إفراز الغدد الصماء ذات العلاقة الوثيقة بالجهاز لعصبي ، مثل إفرازات الغدة الدرقية والغدة الكظرية واتصالهما مع الغدة النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus والذي يتأثر ويؤثر في الحالة المزاجية بصورة واضحة ، حيث أثبتت الدراسات أن السبيل العصبي البيولوجي الذي يبدأ بالغدد النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus وينتهي بالغدة الكظرية من أهم الممرات البيولوجية التي يؤدي اختلال التوازن بين مكوناتها إلى الاضطرابات البيولوجية المساهمة في حدوث لاكتئاب والاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 ـ العوامــل الوراثيــة

يلعب العامل لوراثي في اضطرابات المزاج لكبرى دوراً رئيسياً وخاصة في الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ويتضح من الدراسات أن نسبة الإصابة بالمرض قد تصل إلى حد أن حوالي 50%

من المرضى المصابين باضطراب وجداني ثنائي القطب يعاني فيها أحد الوالدين من اضطراب وجداني . أما إذا كان أحد الأباء يعاني من حالة ضطراب وجداني ثنائي القطب فإن حوالي 27% من أبنائه تكون لديهم لفرصة لحدوث ضطراب وجداني وإذا أصيب كلا الوالدين باضطرب وجداني ثنائي القطب فإن النسبة بين أطفالهما قد تتراوح بين 50 إلى 75% . أما عن نوع الجينات أو لمورثات أو طريقتها فقد اختلفت الأبحاث ، ولكن تتفق معظمها على أن الجينات أو المورثات تكون سائدة سيادة غير كاملة التعبير مع وجود تداخل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية ، وتلعب العوامل لبيئية دوراً رئيسياً في إظهار الاستعداد الوراثي .

وقد أظهرت بعض الدراسات الارتباط بين الاضطراب الوجداني لثنائي القطب والصبغي X . وقد أظهرت دراسات أخرى في بعض العائلات ارتباط الاضطراب الوجداني لثنائي القطب مع الصبغي *11* .

3 ـ العوامل النفسية

1 ـ أحداث الحياة وكرب البيئة

تعرضت أحداث الحياة وكرب البيئة لدراسات كثيرة ، وأهم ما وجد في هذا المجال فقد أحد الوالدين قبل سن الحادية عشر وفقد الزوج فيما بعد ، ولكن لم توجد علاقة لهذه العوامل مع الهَوَس .

2 ـ تركيب الشخصية في الفترة السابقة للمرض

لا توجد شخصية مميزة يصيبها الاكتئاب الأحادي القطب ، ولكن الشخصة تكون مهيئة للاضطراب الثنائي القطب فيما بعد .

3 ـ النظريات التحليلية

فسر كارل أبراهام الاكتئاب بأنه نتيجة عدم إشباع للمرحلة الفموية مع فقد الشَّبَق libido ، والذي ينتج عنه نكوص الأنا عن وظيفته الناضجة إلى بعض المراحل الأولية مثل المرحلة الفموية . أما فرويد فقد أشار بأنه عندما يصاب الأنا بفقدان عزيز أو خيبة أمل فإنه ينكص إلى حاجته الأولية مستعملاً حيلاً دفاعية لا شعورية مثل الإسقاط والإدماج والنكوص لإنقاص عواطفه تجاه موضوع الحب المفقود ، ويؤدي ذلك إلى أن يمتص المريض طاقته ويوجهها إلى ذاته ، وبهذا يتجه العنف والعدوان ناحية الأنا . أما بالنسبة لنوبات الهَوَس فقد كان يرى أن هذا الارتداد يؤدي إلى تعبير عن الحرية الطفولية وإطلاق العنان لكل الغرائز .

4 ـ نظريات التعلم وهي ترى أن إحساس لعجز قد ينتج من خبرات سابقة ، ودليل هذه النظرية مبني على دراسة اثر التعلم في الحيوانات التي تتعرض لصدمات كهربائية مؤثرة لا يستطيع الحيوان تجنبها ، وبذلك فإن هذه النظرية تفتح مجال العلاج السلوكي لمرضى الاكتئاب .

5 ـ النظرية المعرفية وحسب هذه النظرية يعتبر الاكتئاب ناتجاً عن وجود سوء تفسير معرفي لدى المريض ، يؤدي إلى تكوين نظم فكرية سلبية من ناحية نظرته لذاته أو لخبرته المعاصرة أو نظرته للمستقبل .

من هنا يتركز العلاج السلوكي والمعرفي نحو تحديد وتصحيح استراتيجية التفكير وتعديل الأفكار السلبية مع إعادة تقييمها في الاتجاه الصحيح .

تصنيف اضطرابات المــــزاج

تبعاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية) :

1 ـ نوبــة هَوَس
episode of mania

(أ) هَوَس خفيف hypomnia

(ب) هَوَس بدون أعراض ذُهانية without psychotic symptoms

(ح) هَوَس مع أعراض ذُهانية with psychotics symptoms

2 ـ اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب
bipolar affective disorder

(أ) هَوَس خفيف الشدة (النوبة الحالية)

(ب) هَوَس بدون أعراض ذُهَانية (النوبة الحالية)

(ج) هَوَس مع أعراض ذُهَانية (النوبة الحالية)

(د) اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة (النوبة الحالية)

1 ـ بدون أعراض جسدية

2 ـ مع أعراض جسدية

(هـ) اكتئاب شديد (النوبة الحالية)

1 ـ بدون أعراض ذُهَانية

2 ـ مع أعراض ذُهَانية

3 ـ نوبـة اكتئابيـة

episode of depression

1 ـ نوبة خفيفة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية

2 ـ نوبة متوسطة الشدة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية

3 ـ نوبة شديدة بدون أعراض ذُهَانية أو مع أعراض ذُهَانية

4 ـ اضطراب اكتئابي متكرر

5 ـ اضطراب وجداني مستمر

1 ـ عسر المزاج

2 ـ المزاج النَّوبي

6 ـ اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى

7 ـ اضطرابات وجدانية غير محددة

الأعـــراض السريرية (الإكلينيكية)

توجد صورتان أساسيتان لاضطراب المزاج أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) وهـي الاكتئاب والهَـوَس . وصورة الاكـتئـاب في مرض الاضطراب الوجـداني (العاطفـي) الثنائي القطب تكون متشـابهة إلى حد كبـير لما تكون عليه صورة الاكـتئاب في مرض الاضطراب الوجـداني (العاطفي) الأحادي القطب .

والأعراض عادة تزحف نحو المريض ببطء ، ولكنها في بعض الأحيـان قد تظهر فجأة بعد عوامل مثيرة في البيئة

نوبـة الاكتئاب

1 ـ **الوصف العام أو المظهر الخارجي :** يتميز مرض الاكتئاب بالهـبوط الحركي ، والشعور بالخمول الجسدي والذهني والذي قد يصل أحياناً إلى التخشب الحركي ، وفيه يتوقف المريض عن الحركة والطعـام والكلام وقد يحـدث العكـس ويصـبح المريض في حالة شـديدة من الإثارة والتهـيج والاضطراب .

2 ـ **المزاج** : الاكتئاب هو أهم عرض وأوضح ظاهرة ، ورغم ذلك فإن حوالي 50% من المرضى قد يخفون إحساسهم بالاكتئاب فلا يظهر في تعبيراتهم ، ولكن غالباً ما يظهر في صورة اختلال في العمل أو في الحياة الاجتماعية .

3 ـ بعض الأعراض الفيزيولوجية مثل :

(أ) اضطراب لنوم والصعوبة في بداية النوم أو الاستيقاظ المبكر مع الشعور بالإرهاق والتعب .

(ب) فقـدان الشهية مـع فقدان واضح للوزن ، ويعتبر تحسن الشهية وزيادة الوزن من عـلامات التحسن وبداية الشفاء .

(ج) الإمساك .

(د) الضعف الجنسي واضطراب الطمث .

4 ـ الوظائف النفسية في مريض الاكتئاب

قد تتأثر إلى حد شديد وتأخذ عدة مظاهر كالآتي :

(أ) الوُهَامات (الضلالات) ـ مـن أكثرها شيوعـاً في مرض الاكتئـاب الوُهَامات (الضلالات) العدمية ، وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسـم ، وأحياناً تظهر وُهامات (ضلالات) اضطهادية تواكب محتوى التفكير ، فيها يشعر المريض بأنه يستحق ذلك .

(ب) الهلاوس ـ تظهر أحياناً مع مرض الاكتئاب بعـض الهلاوس السمعية ونادراً البصرية ، وعادة يتوافق محتـواها مع محتوى التفكير الكئيب ، وفي هذه الحـالة تسمى (هلاوس مطابقة للمزاج) أو تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي وهي ما تسمى (بهلاوس غير مطابقة للمزاج) .

(ج) التفكيـر ـ عادة ما يجد مـريض الاكتئـاب صعوبة في التفكيـر والتركيـز وتغلب عليه النظرة السوداوية للأمور ، مع تضخيم للأمور البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي .

ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي :

- الإحساس المستمر بالذنب وبتأنيب الضمير .
- توهم العلل الجسمية والمرضية .
- الشعور بعدم الأهمية .
- الشعور بالدونية مع فقدان مباهج الحيـاة ، وتكوُّن اجترارات الأفكار المستمرة في الموت والانتحار أو الإحساس بالذنب .
- الوُهَامات (الضلالات) المطابقة للمزاج الاكتئابي مثل العدمية وغير المطابقة له مثل العظمة أو إدعاء الأهمية .

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي 10%) اختلال شديد في التفكير مثل التوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى والإطالة الغير موضوعية .

(د) اختلال الانتباه .

(هـ) كما يتأثر كلّ من التركيز والذاكرة ، وهنا يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز - مع ضعف الاستجابات الانفعالية ، وقد تتأثر الذاكرة مع النسيان الشديد وربى الحَبّة الكاذب ويصاحب ذلك تردد واضح في لتفكير والسلوك .

(و) الانتحار والاندفاعية . ويعتبر الانتحار من أكثر لأعراض خطورة على حياه المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب أن لا تهمل ، حيث أن حوالي 10%-15% من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وإنهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى ينشغلون بفكرة الانتحار . وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الانتحار فقدانه للطاقة وضعف العزيمة . ويُخشى في هذه الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة و الإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب ، ولذا ينصح دائماً بعدم صرف كمية كبيرة من لدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفاً من احتمال حدوث مثل هذا الانتحار النقيضي . أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة وُهامات (ضلالات) متطابقة مع اكتئابه ، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء ورحمة ، أو نتيجة وُهامات (ضلالات) غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداته الخاطئة .

(ب) نوبة الهَوَس

وهي إما : 1 - الهَوَس تحت الحاد subacute mania

2 - الهَوَس الحاد acute mania

3 - الهَوَس المزمن chronic mania

1 - المظهر الخارجي

ويتميز المريض بحالة من المرح والنشوه والبهجة المستمرة ، مع كثرة الكلام وزيادة النشاط الحركي دون هدف ثابت ، مع انعدام الشعور بالإجهاد وسهولة الاستثارة .

2 - المزاج

غالباً ما يبدو على المريض المرح الزائد والنشوة وأحياناً التوتر الزائد وربما الثورة و لعنف .

3 - التفكير

ينشغل المريض بأفكار تعبر عن ثقته الزائدة وشعوره بالعظمة والأهمية ، ويفرض نفسه في المناقشات ، وتزداد الأفكار إلى حد تطايرها ، وفي الحالات الشديدة قد يفقد المريض ترابط فكره .

4 - الاندفاعية

وأقصى حالاتها الانتحار والقتل ، وكثير من مرضى الهَوَس يهددون بالانتحار أو العدوان ، ولكن نسبة حدوث هذه الجرائم في هؤلاء المرضى غير معروفه ، وقد وجد أن أغلب من يهددون بقتل الزعماء هم مرضى الاكتئاب الثنائي القطب وليسوا من الفُصَاميين .

5 ـ الوظائف العقلية

يزداد نشاط الوظائف المعرفية والعقلية بازدياد الانتباه ، ولكنه يكون سطحياً بحيث يعطي صورة زائفة عن المريض فيما يتعلق بالذكاء والسرعة في اتخاذ القرارات ، وعلى وجه العموم تتأثر الذاكرة أو التعرف بالزمان والمكان ولكن بعض المرضى يجيبون بسرعة فائقة ، ولذلك قد يعطون إجابات خاطئة ، ما دعا كريبلين إلى تسمية هذه الحالات بالتشوش الهَوَسي رغم عدم تشوش وعيهم .

أما عن المحاكمة والبصيرة فيتأثران تأثراً كبيراً ، فنتيجة لتأثر هذه القدرات فإن هؤلاء المرضى قد يقودون عائلاتهم إلى الفقر المادي أو يخرقون القانون أو يعتدون على الآخرين دون بصيرة لما يعانون منه من ضعف في الحكم . كما يتميزون بالكذب في الإدلاء بالمعلومات .

مآل ومصير اضطرابات المزاج الكبرى

1 ـ مريض الاكتئاب الشديد

غالباً ما يأخذ الاكتئاب صورة دَوْرية متكررة قد تتراوح بين مرة أو مرتين في السنة أو أكثر ، وقد تستمر مع المريض طوال حياته . ولكن يصعب التكهن باحتمال حدوث النكسات وعددها في حياة كل مريض ، رغم وجود عوامل قد تساعد على التكهن بالمآل الحسن من حيث النكسات في المستقبل مثل :

1 ـ عدد النوبات السابقة ، فكلما قل عدد النوبات كلما كان المآل أحسن .

2 ـ ظهور النوبة المرضية فجأة .

3 ـ كلما زاد سن المريض عند حدوث أول نوبة .

4 ـ عدم وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للمرض .

5 ـ عدم وجود اضطرابات في شخصية المريض .

2 ـ الهَوَس

مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب يعتبر أسوأ في حالة الهَوَس الاكتئابي منه في حالة الهَوَس المتكرر دون حدوث نوبات اكتئابية .

ومن العوامل التي تزيد احتمال شفاء المريض بسرعة .

1 ـ عدم وجود أعراض ذُهَانية شديدة .

2 ـ تقدم سن المريض .

3 ـ قلة عدد النوبات .

4 ـ قصر مدة النوبة .

التشـــخيص التفريقي

لتشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب :

1 ـ **الأمراض العضوية** مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شـرايين الدماغ) وبعض أمراض الجهاز العصبي مـثل الشلل الرّعْشِي paralysis agitans (داء باركنسون) ، وكذلك استعمال أدوية معينـة مثل الأدوية المستعـملة في علاج فرط ضغط الدم وبعض أنواع أدوية منع الحـمل وكذلك سرطان البنكرياس والقولون .

2 ـ **اضطرابات الغدد الصماء** مثل الغدة الكظرية والغدة الدرقـية ، ففي حالات الاضطراب الوجداني غير العضـوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصاحبها تشـوش شديد ، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة .

3 ـ **الخَرَف** dementia وهنا يجب التفرقة بين حالات الخَرَف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخَرَف في مرض ألزهايمر على سبيل المثال ، وتتضح أوجه الفرق من حيث

ـ سرعة زحف المرض في حالات الاكتئاب عنها في حالات الخَرَف .

ـ وجود التغيـر اليَوْمَاوي circadian في الوظائف النفسية في حـالات الاكتئاب بصورة أوضح وأعم عنها في حالات الخَرَف .

ـ استـجـابة المريض للأسئلة في حالة الاكتـئاب تكون ســبيـة وتكون الإجابات في صـــورة (لا أعرف) ، بعكس مريض الخَـرَف فهو دائماً يحاول إخـفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخـفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر .

4 ـ **الفُصَام** وذلك بالأعراض المميزة له

5 ـ **العُـصَاب** وخاصة عندما يصاحب حـالات الاكتئاب بعض الأعراض العُصَابية مثل القلق والوسـواس ، وهنا يجب أن نتذكـر أن شخصيـة القلق الاكتئابي قد ذكرت في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكـية وهو ما لم يكن موجوداً في المراجعات السابقة للتصنيف

التشخيص التفريقي في حالات الهَوَس :

وقد سبق ذكرها ، مع التأكيد على الأسباب العضوية والناتجة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير .

معالجة اضطرابات المزاج (الاكتئاب والهَوَس)

(أ) إدخال المريض إلى المستشفى . ويكون لذلك أهمية خاصة في :

1 ـ الحالات الحادة .

2 ـ فقدان الشهية التام أو اضطراب النوم الشديد .

3 ـ حالات الغيبوبة الاكتئابية .

4 ـ حالات الهَوَس الحاد .

5 ـ محاولة الانتحار ، أو سوابق محاولة انتحار رافقت النوبة السابقة ، أو التهديد بالانتحار .

6 ـ هبوط الحركة الشديد أو كثرة الحركة .

7 ـ فقد البصيرة والمحاكمة .

8 ـ عدم الانتظام على العلاج .

(ب) الأدوية وتشمل

1 ـ الأدوية المضادة للهَوَس

ومن أهمها استعمال مركبات كربونات الليثيوم أو سترات الليثيوم 400 ميلي غرام يومياً حتى 1800 ميلي غرام يومياً . مع ملاحظة بدء العلاج بأحد الأدوية المستعملة في الفُصَام مثل الهالوبريدول أقراص من 30 إلى 45 ميلي غرام في اليوم حتى تتحسن الأعراض الذهَانية ، وكذلك حتى يتم بدء التأثير السريري (الإكلينيكي) لليثيوم والذي قد يستغرق فترة تتراوح من 10 إلى 15 يوماً .

2 ـ الأدوية المضادة للاكتئاب

(أ) منبهات الجهاز العصبي ـ مثل الأمفيتامين ومشتقاته ، ولكن لا يستحسن استعمالها لكثرة الأعراض الجانبية .

(ب) الأدوية الخفيفة المضادة للاكتئاب المثبطة لإنزيم أكسيدار الأمينات الأحادية monoamine oxidase inhibitors ، وتشمل نوعين :

- مجموعة الهيدرازيد .
- مجموعة غير الهيدرازيد .

(ج) الأدويه المتوسطه المضادة للاكتئاب .

(د) الأدوية الكبرى المضادة للاكتئاب ، مثال ذلك : المركبات الحلقية الثلاثية مثل :

- إيميبرامين imipramine 75-150 ميلي غرام .

- أميتريبتيلين amytryptiline 75-150 ميلي غرام .

(هـ) المركبت الحلقية الرباعية

(و) لمركبات الأخرى الجديدة ، مثل S.S.R.I .

(ز) العلاج بالجلسات الكهربائية المزَامنة لإيقاع الدماغ وهي من أفضل أنوع العلاج لمرض الاكتئاب ولكنها لا تحظى بالأولوية في حالات الهَوَس .

(ح) العلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي . ويشمل وسائل العلاج لسلوكي والمعرفي .

(ط) العلاج بالجراحة ، وهو لا ستعمل الا نادراً في بعض الحالات المستعصية للعلاج السابق .

الاضطرابات العُصابية neurotic disorders
والمرتبطة بالكرب stress
والاضطرابات الجسدية الشكل

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس المساري
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

أصبحت الاضطرابات العُصَابية تواجهنا كمشكلة صحية عامة ، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض النفسية والعضوية ، فهي في الحقيقة أكثر اضطرابات الطب النفسي شيوعاً . ويتسم العُصَاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ، وبتصدع في العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف ، والاكتئاب ، والوسواس ، والأفعال القهرية ، وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الأعراض التحويلية conver-sional والانشقاقية أو التفارقية (الهستيرية سابقاً) ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية ، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة ، والقيام بالواجبات كمواطن صالح ، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح ، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بآلامهم والتحكم في الذات ، مما يميز هذه الاستجابات العُصَابية عن الذُّهَان الذي تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف الكثير في تحديد معنى العُصابي neurotic ، ويتم التخلص تدريجياً من هذا الوصف في معظم التصنيفات العالمية ، حيث أن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع ، أو التأقلم مع العادات المألوفة ، أو أصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عُصَابياً ، وبالطبع ليس هذا هو المفهوم الذي نعنيه ، فالعُصَابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع يعاني من أعراض نفسية متعددة تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي . وهو من خلال هذه المعاناة يطلب المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار .

وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الاضطرابات العُصَابية تحدث نتيجة لترابط عدة عوامل هي .

1 ـ الاستعداد التكويني « الوراثي » .

2 ـ مراحل النمو في الطفولة .

3 ـ العوامل النفسية والاجتماعية الحالية ، والتي تساعد على ظهور المرض

4 ـ العوامل الحضارية .

5 ـ الاستعداد الفيزيولوجي للمجموع العصبي .

وسنحاول تصيف الاضطرابات العُصَابية فيما يلي :

1 ـ اضطراب القلق العام .

2 ـ اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

3 ـ اضطراب الهَلَع .

4 ـ الاضطرابات الرُهَابية .

ـ رُهَاب الساحة « الأماكن المتسعة » مع أو بدون هَلَع .

ـ الرُهَاب الاجتماعى .

ـ الرُهَاب المُحَدَّد (المُنْفَرِد) .

5 اضطراب الوسواس القهري

6 ـ استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوفق .

(أ) استجابة الكرب الحاد .

(ب) استجابة الكرب التالي للحادث .

(ج) اضطراب التوافق .

7 ـ اضطرابات انشقاقية (تفارقية) وتحويلية (هستيريا) :

فقد الذاكرة amnesia ، الشرود fugue ، العيبوبة coma ، الذهول stupour ، التَمَلُّك pos- session الحركة movement ، نوب التشنجات fits ، الخدار (فقد الإحساس) sensory loss ، متلازمة غانسر Ganser syndrome ، تعدد الشخصية multiple personality .

8 ـ اضطرابات جسدية الشكل .

ـ اضطراب الجَسْدَنَة .

ـ المُرَاق (التوهم المرضي) .

ـ اضطراب جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي .

ـ اضطراب الألم الجسدي الشكل .

9 ـ اضطرابات عُصَابية أخرى .

ـ متلازمة تَبَدُّد لشخصية depersonalization والغربة عن الواقع (تَعَذُّر إدراك الواقع) derealization .

الوبائيات

إن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً ، لأن معظم هؤلاء المرضى لا يدخلون المصحَّات النفسية ، بل إن نسبتهم في هذه المصحَّات لا تتعدى من 3-5% من المقبولين لأول مرة في المصحَّات . والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة التخصصات الطبية ، ويعانون من أعراض وآلام جسمية ، ويتنقلون من طبيب لآخر ، دون تيقن من التشخيص الحقيقي ، وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي 40% من المرضى الذين يترددون على عموم الأطباء يعانون من العُصَاب neurosis .

ونستطيع أن نوجز بالقول إن كل فرد مهيأ للأعراض لنفسية حسب تعرضه للكرب stress ، وأن نسبة العُصَاب بين مجمل السكان تتراوح بين 10-25%

الأســــباب

مازالت التفاصيل غير واضحة بالنسبة لأسباب الاضطرابات العُصَابية ، ومازلنا نفسِّر الأسباب بنظريات مختلفة ، ومدارس متنافرة ، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد ، وإن تعددت الأسباب ونستطيع أن نلخصها في نظريتين :

1 ـ النظرية البنيوية constitutional والتي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية .

2 ـ النظرية البيئية environmental.

وأسباب أمراض العُصَاب هي تفاعل بين العوامل البنيوية والبيئية ونفصل ذلك فيما يلي :

1 ـ النظرية البنيوية الوراثية

يلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الأمراض النفسية ، وقد قمت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ، ووجد أنه إذ أصيب أحد التوائم بالعُصَاب ، فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض ، كذلك دلت دراسة لعائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العُصَاب الناتج من الكرب أو من الإجهاد ، مثل القلق أو الوسواس القهري ، أو الاضطرابات « التحويلية » وهكذا . ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة ، يتعرضون عادة لنفس العوامل البيئية ، مما يجعل استجاباتهم العُصَابية متشابهة . ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة .

2 ـ النظريـــة البيئية

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة ، ويبنى المجتمع الحضاري على أساس التغيير والتكييف ، والتأثير على السلوك والشخصـية من خلال التعليم والثقافة ، مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاتهم

وأهم النظريات البيئية هي :

(أ) نظرية التحليل النفسي ومشتقاتها .

(ب) النظريات غير التحليلية ، وأهمها لنظرية البيولوجية والنفسية psychobiological .

(ج) النظرية الشرطية السلوكية « التعلم الاجتماعي » .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية .

(هـ) العوامل المساعدة .

(أ) نظرية التحليل النفسي

افترض فرويد أن العوامل الرئيسـية التي تحـدد ماهية الشـخصيـة ، هي الشَّبَق libido الغريزي الجنسي ، والاستجـابة لعصابية تأتي من مؤثـرات بيئية تظهر في السنوات الخـمس الأولى من حياة الفرد ، وأن أي صدمة نفسية خلال هذه الفـترة ، تؤثر على النمو الجنسي للطفل ، وتجعله في حالة « تثبيت fixation » ولا يستطـيع العبور بعـدها للمرحلة التـالية ، مما يؤثر فـيمـا بعد على حـالته النفـسية ، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد أو شدة .

ولقد اختلف أدلر Adler ، أحد أتباع فـرويد ، مع كثير من نظريات أسـتاذه ، فقد اعتـبر القوة الدافعة في الإنسان هي « لرغبة في القوة ولتفـوق » بدلاً من الشبق الغريزي ، كما وضع الرغبة في العدوانية aggressiveness محل الرغبة في الجنس . وقد هجر أدلر النظرية الجنسية في العُصَاب ، واعتـبر العُصَـاب محاولـة لكي يحرر الفرد نفـسه من الشعـور بالنقص ولكي يحصل على الشـعور بالتفوق .

وتتركز إضافات يونج Jung وهو أيضاً أحد أتباع فرويد ، في أنه لم يقتنع بمفهوم الشبق أساساً ، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غـير متمايزة تنبثق منها القوة الدافعة للإنسان في حياته ، ثم أدخل يونج مـفهوم الانطـواء ـ الانبساط ، فـالشبق عنـد الانبساطيـين يتجه إلـى الخارج ، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي ، أما الانطوائيون فيرتد عنهم الشبق إلى الداخل نحو حقائق ذاتية ويميلون إلى الحياة في عالم الخيال .

(ب) النظريات غير التحليلية

1 ـ نظرية مايـر Meyer

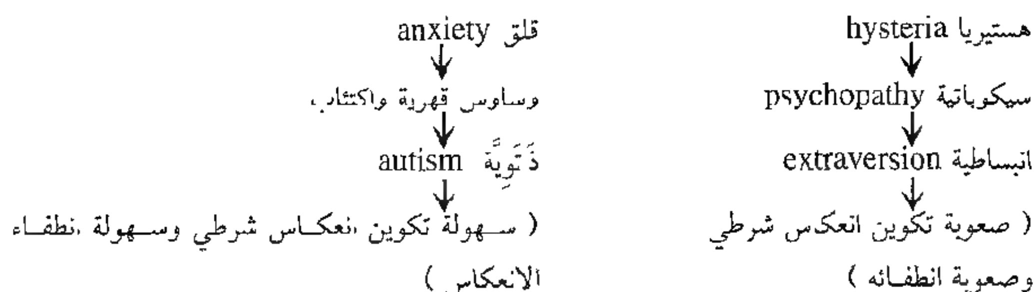
يقول ماير أننا نستطيع مهم لسلوك فـهماً حقيقياً إذا درسنا الشخصيـة الكية والتاريخ الكلي لحياة الفرد ، ولتلخيص نـظريته في العُصَاب ، نقول إن مـاير يعتبر أن مسـتويات الطموح غير الواقـعية ، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في الشخصية لشدة ، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غيـر قادرين على تقبل طبـيعتـهم الخاصة ، وبالتـالي غير قـادرين على تشـكيل آمالهم وفـقاً لحالتهم ، ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العُصَابية الأخرى . وأن جميع الأمراض لنفسيـة والعقلية ما هي إلا استجـابات توافقية أو تكيفـية بيئية للفرد مـستخدماً الإجراءات الدفـاعية العُصَابية .

2 ـ المنهــج الوجودي existential

ومن النظريات الحديثـة غير التـحليلية المنهج الوجودي ، فـقد شعـر عدد من المعالجين النفـسيين بسخف تلك الطـرق التي تحاول وضع الشخص المريض ضـمن مجمـوعة محـددة ، أو تحاول فهـمه ضمن إطار نظري محدد سابقاً أو مدرسة خـاصة ، وأدركوا أن المعرفة بالنظرية وحدها لا تخفف من قلق المريض ولا تؤدي إلى شفائه ، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمريض العقلي ، فهم الخبرات الذاتية للمريض في علاقتها به ، وبالناس من حوله .

(ج) النظرية السلوكة الشرطة conditional behavioral

تطورت حديثاً نظريات بافلوف في الفـعل المنعكس بواسطة الكثير من العلماء مثل فـولبي وأخيراً أيزنك الذي ابدع نظـريته في نشأة الأمـراض النفسـية والعـقلية وحدد أسـاسه فيـزيولوجيا الجـهاز العصبي ، كما ذكرها بافلوف ، وأهم أساسيات نظريته ما هو مبين في ما يلي :



وفي رأي أيزنك أنه يوجد اختـلاف واضح بين الأفراد في تكوين الأفعال الشـرطية ، وأن جوهر هذا الاختلاف هو أسـاساً وراثي ، وحسب نظريته فـإن الاضطرابات النفسية تنشـأ من تكوين عادات

شرطيـة خاطئة بتـأثير تفاعل عـاملَيْن هما البـيئة والوراثة . وأن هذه الأمـراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخـفف من آلام القلق في ظروف خـاصة ، ويعـزز دائـــماً هذا السلـوك الخاطئ بإحجام المـريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى إثارة مـخاوفه ، مما يعزز المرض ، فـالذي يخاف من الأماكن الضيقـة يبتعد عن هذه الأماكن ، ولا يرتدها حتى لا يشعـر بالقلق . وهذه العملية في حد ذاتها تعـزز خوفه من هذه الأماكن ومن ثم ينشـأ دائرة مفرغة . وتنشأ الأمراض النفسيـة بالتالي من تفاعل أبعـاد الشخصية مـا بين ذَاتِويٍّ وانبساطي مع الاستـعداد الوراثي للعُصَاب . وتـؤكد الأبحاث الفيزيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثي للعُصَاب ، أو ما يسمى أحياناً بعدم الثبات الانفعالي يكمن في الفيزيولوجـيا وكيمياء الجـهاز الحوفي limbic أو السطح الإنسي من الفص الصدغي ، أما أبعاد الذاتوية والانبسـاطية فمـركزها في التكوين الشـبكي ، والذي له علاقـة مباشـرة مع درجة الانتـباه والوعي ، وتنقية المداخل الحسية للمخ ، والتكوين الشبكي يمتد من جذع المخ حتى المهاد thalamus ومنه إلى قشرة المخ .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبـت علمـاء الأنثروبيولوجيـ أن للحضارة والثـقافة والحالة الاجـتماعيـة أثرها البالغ في تكوين الشخـصية ، وبالتـالي استعداد الـفرد للأمراض النفسـية ، كذلك أوضح علمـاء الاجتمـاع أثر عدم الاستـقرار والحرمان العـاطفي ، والتعطل والولادة غـير الشرعيـة ، وفقدان أو الانفـصال عن أحـد الوالدين ، والطلاق ، والإدمان والتـبنِّي ، أو النشأة في ملجـأ ، أو بيت للحضانة ، وعـدم التوافق الأبوي ، أوضحوا أثر كل ذلك في ظهور الشخصية المرضية أو متبددة الانفعال .

(هـ) العوامل المساعدة

إن تعريف المشقـة ، أو الإجهاد strain أو الكرب stress ضروري قبل معرفة تفاعل الكرب مع الفرد لظهور الأمراض النفـسية ، فالكرب هو تحدي عوامل غير سـارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، وتعتمد كمية الشدة أو الإجهاد اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي .

أنواع الكرب متعددة منها :

1 ـ حادة : وذلك مثل الـصدمات الجنسية في الطفـولة ، أو فقد أحد الوالدين أو فـقدان شـخص عزيز ، أو فقد العمل أو المال المفاجئ ، أو اتهام بوليسي أو سياسي . . الخ .

2 ـ طويلة المدى : عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام ، مـثل الشخصية الطموحة التي تنقصها القدرة على تحقيق رغبـاتها ، أو لم تعط الفرصة لإرضـاء قدراتها ، أو عدم التوافق بين الزوجين في الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية . . الخ .

3 ـ ذاتية : وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحساسيته الخاصة ، مثل النزاع المستمر ، والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل ، أو ما يعتبره إهانة لذاته أو لكرامته .

4 ـ جسمية : مثل الأمراض الشديدة ، كالحميات ، والسموم ، وارتجاج المخ ، وكذلك بعد الولادة ، أو في نقاهة من انفلونزا شديدة ... الخ .

اضطرابات تعدد الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي

يواجه الطبيب مشكلة عندما يفحص المريض الذي يشكو من أعراض بدنية مختلفة ، ولا يوجد لديه أي علامات عضوية ، ويقوم بعمل الأبحاث اللازمة والتي تأتي في نتيجتها سلبية ، فيصرح الطبيب للمريض بأنه لا يوجد مرض عنده ، وهذا اتهام للمريض بأنه يتصنع الأعراض وليس له الحق في الشكوى .

إن الغرض من هذا الفصل هو معرفة التشخيص لتفريقي للأعراض البدنية النفسية المنشأ وغير العضوية . وسندرج هنا أهم الاضطرابات النفسية التي تتميز بالشكوى البدنية ، خاصة أن المريض العربي وغير العربي دائماً يشكو من أعراضه النفسية في هيئة معاناة جسدية ، ويحتمل أن يعاني هذا المريض من أحد الاضطرابات الآتية :

1 ـ القلق النفسي العام .

2 ـ الهَلَع panic .

3 ـ اضطراب الرُهَاب .

4 ـ اضطرابات الوسواس .

5 ـ تفاعل الكرب الحاد .

6 ـ اضطراب الكرب التالي للإجهاد .

7 ـ اضطرابات التوافق .

8 ـ اضطرابت انشقاقية (تفارقية) dissociated وتحويلية conversional.

9 ـ اضطرابات الجَسْدَنَة somatization (أعراض بدنية دون سبب عضوي) .

10 ـ الأعراض المراقية أو توهُّم المرض hypochondria .

11 ـ اضطراب الألم المستمر .

12 ـ الوَهَن العصبي .

13 ـ متلازمة تبدد الشخصية ـ تبدل إدراك الواقع .

وسنشرح ذلك ببعض التفصيلات من خلال هذا الفصل الذي يوضح الاضطرابات العُصابية « النفسية » والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل .

1 ـ اضطراب القلق العام

generalized anxiety disorder

يقال إن هذا العصر هو « عصر القلق » ، ولا نستطيع الجزم بصحة هذا القول ، لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق تعرضنا نحن له الآن ، ولكن تعقيد الحضارة وسرعة التغيير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية ، مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة ، تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد ، مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والسلوكية والأمراض النفسية الجسدية psychosomatic .

ويختلف الكثير حول تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ، ونستطيع تعريفه بأنه « شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات البدنية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي »

الأساس الفيزيولوجي للقلق

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه الودي (السمبثاوي) واللاودّي (الباراسمبثاوي) . ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين و لنور دينالين في الدم . ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم ، وتزيد ضربات القلب ، وتجحظ العينان ، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم ، مع شحوب في الجلد ، وزيادة العرق ، وجفاف الحلق ، وأحياناً ترتجف الأطراف ، ويعمق التنفس .

أما ظواهر نشاط الجهاز اللاّ ودي (الباراسمبثاوي) فأهمها كثرة التبول والإسهال ، ووقوف الشعر ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم .

ويتميز القلق فيزيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة ، مع بطء التكيف للشدة ، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد ، نظراً لصعوبة التكيف في مرضى القلق .

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي ، ولكن قد يظهر القلق كعرض في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ، ويكون علاجه بالتالي علاج لمرض المسبب له ، ومن أهم الاضطرابات والأمراض التي تصاحب القلق:

1 ـ اضطرابات عُصابية : مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيها التحويلية والانشقاقية وكذلك الاكتئاب، والوَهن النفسي المزمن وعُصاب الحوادث والتوهم المرضي بأنواعه المختلفة .

2 ـ اضطرابات ذُهانية :

(أ) اضطراب الاكتئاب الجسيم : وعادة يبدأ المرض بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة الحركة مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى القلق ، ولذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة في عمر متأخر .

(ب) اضطراب مزاجي ثنائي القطب (سابقاً ذُهان الهَوَس الاكتئابي) سواء في نوبات المرح أو الاكتئاب ويكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة وأحياناً تطغى على معظم الأعراض الأخرى .

(ج) الفُصام : خصوصاً فُصام المراهقة ، والفُصام الشبيه بالعُصاب ، فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عُصابية في هيئة غامضة مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما . وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي ، حتى تبدأ أعراض الفُصَام في الظهور ، وهنا نتبين أن أعراض القلق السابقة كانت البداية لمرض الفُصَام .

3 ـ أمراض عضويـة :

(أ) أورام الغدة الكُظْرِيَّة (وَرَمُ القَتَوَاتِم pheochromocytoma) ، ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد ، مع ارتفاع في ضغط الدم ، وشحوب في اللون ، وزيادة السكر في الدم ، ونستطيع التأكد من التشخيص بإجراء دراسة خاصة للهرمونات ومشتقاتها

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وهنا يظهر التوتر العصبي ، والقلق النفسي ، وسرعة التأثر والتهيج مع ارتعاش في الأطراف ، وارتفاع في ضغط الدم والتعرق الساخن في الأطراف ، مع جحوظ في العينين ، دراسة لهرمونات الدرقية هنا لازمة للتفرقة بين هذا المرض والقلق النفسي .

(ج) تصلب شرايين المخ ، ويظهر ذلك في المسنين عندما يثورون لأتفه الأسباب ، ويغضبون من أقل المنبهات ، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر ، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة ، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما .

(د) الشلل الرعّاش (داء باركنسون) ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات وارتجاج المخ ، وسن اليأس و لفترة السابقة للطمث تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القلق والهَلَع في حوالي 15-20% من الحالات تدلي الصمام الميترالي mitral valve prolapse في القلب .

الأعــراض السريرية (الإكلينيكية) للقلق النفسي

(أ) أعراض جسمية

1 ـ **الجهــاز القلبي الدوراني** : هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر ، مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ، ويبدأ في عد سرعة النبض ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشيء من جراء الانفعال ، ويبدأ المريض المسكين في سلسلة من الفحوصات المختبرية ، والدراسات الشعاعية ، وتخطيط كهربية القلب . وهكذا يدخل في حلقة مفرغة ، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً ، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى .

2 ـ **الجهاز الهضمي** . وهو من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي . ويكون في هيئة صعوبة في البلع ، أو الشعور بغصة في الحلق ، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقيء ، أو الإسهال أو الإمساك ، بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مغص شديدة يحتار الأطباء في تشخيصها ، كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة ، وكثيراً ما يكون القيء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو لشعور بالتقزز أو الاشمئزاز من شخص ما .

3 ـ **الجهاز التنفسي** : وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، وضيق النفس والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء . وأحياناً تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثنائي أكسيد الكربون ، وتتغير درجة حموضة الدم ، مع قلة الكالسيوم النشط في الجسم ، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف ، وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية ، ويلاحظ ذلك في الأماكن المغلقة أو المزدحمة أو عند التعرض لانفعال شديد من فقد ن عزيز ، أو وفاة . . الخ .

4 ـ **الجهاز العصبي** : ويظهر القلق هنا بشكل شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف خصوصاً الأيدي ، مع شعور بالدوار والدوخة والصداع .

5 ـ **الجهاز البولي والتناسلي** : يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة ، وذلك عند الانفعال لشديد مثلما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة . . الخ . وأحياناً يظهر عكس ذلك من احتباس لبول ، كذلك فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف ، وكثيراً ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلة أو انعدام خبرته . أما في المرأة فالبرود الجنسي ، وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببها في معظم الأحوال القلق النفسي ، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث ، من انقطاعه تماماً ، إلى كثرة تردده ، إلى آلام شديدة قبله . . لخ . وعادة لا يفيد العلاج بالهرمونات في مثل هذه لأحوال .

6 ـ **الجهاز العضلي** : يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم ، ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً ، الآلام العضلية ، وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق لصدر وكثيراً ما تشخص هذه الآلام على أنها روماتزم .

7 ـ **الجلد** : يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل العُدّ (حب الشباب) والإكزيمة والشرى (الأرتكاريا) ، والصدفية والبهاق وسقوط الشعر . . وغيرها ، مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب المرض .

(ب) أعراض نفسية

1 ـ **الخوف أو الرُّهاب** : يبدأ المريض بعد حياة سوية بالشكوى من الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية ، فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة claustrophobia أو رُهَاب المَيَادين أو رُهاب الأماكن المتسعة agoraphobia أو رُهاب الأمراض nosophobia ، ويعَدُّ رُهاب لأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً ، فهناك الخوف من أمراض القلب ، والسل ، والسرطان ، والزهري ، أو الخوف من الموت ، أو الجنون ، والخوف من مرض الإيدز ، وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف المرء من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام في حلقه ، أو انفجار واحد من شرايين المخ عنده .

2 ـ **التوتر أو التهيج العصبي :** وهنا يصبح المريض حساساً لأي ضوضاء ، فنراه يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب ، وتبدأ الأم بضرب وعقاب أولادها حتى أقل سبب ثم تندم وتبكي بعدها .

3 ـ **عدم القدرة على التركيز :** وسرعة النسيان ، وانعدام التركيز ، مع الشعور بالاختناق ، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس ، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال وضع الجسم ، أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله .

4 ـ **فقدان الشهية للطعام :** مع فقدان الوزن ، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في الخلود إلى النوم .

5 ـ **شرب الخمر أو تناول الأدوية المنومة أو المهدئة :** كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى حالات إدمان ، ولذا وجب البحث عن القلق المختفي وراء هذه العادة في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو دواء خاص .

(ج) الأمراض النفسية الجسدية

ونعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب القلق النفسي دوراً هاماً في نشأتها ، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي . ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية للقلب (احتشاء عضل القلب) ، الربو القصبي ، روماتزم المفاصل ، السكري ، فرط نشاط لغدة الدرقية ، قرحة المعدة والاثناعشري ، التهاب القولون القرحي ، القولون العصبي (المتهيِّج) ، الصداع النصفي ، السمنة ، فقدان الشهية العصبي ، كذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

فالعلاقة وطيدة بين مزاج وانفعال الفرد وبين أحشاء الجسم التي تتلقى أعصابها من الجهاز العصبي اللاإرادي، فكما يتغير لون الوجه شحوباً أو احمراراً عند القلق ، نجد أن كل الأغشية المخاطية في المعدة أو القولون تتأثر وتزيد او تقل إفرازاتها ، وكذلك الأوعية التي تغذي العضلات والجلد ، وعندما يشتد ويستمر الانفعال يحدث تغيرات عضوية في هذه الأعضاء مما يسبب هذه الأمراض السابق ذكرها ، وتدل الأبحاث الحديثة أن جهاز المناعة في الجسم له علاقة خاصة بالمخ والمزاج وأنه يفرز المواد المعزِّزة للمناعة ، فإذا عتل مزاج الفرد تقل مناعته ويصبح عرضة للإصابة بالالتهابات واضطرابات المناعة والروماتزم بل وأحياناً الأمراض الخبيثة .

مآل القلق النفسي

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد ، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفي دون عودة خصوصاً في الشخصية السوية ، إلى مرض مزمن لا يستجيب لكل أنواع العلاج في الشخصية العُصَابية ، وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسي بين آونة وأخرى يتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة .

المعالجـــة

ستناقش تفصيلاً في فصل المعالجة وتشمل :

1 ـ المعالجة النفسية .

2 ـ المعالجة الكيميائية .

3 ـ المعالجة السلوكية .

4 ـ المعالجة الجراحية .

5 ـ التأهيل النفسي .

2 ـ اضطـراب الهَلَـع
panic disorder

السمة الأساسية تتمثل بنوبات متكررة من القلق الشديد (الهَلَع panic) لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها . وتتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان ، وألم الصدر ، وأحاسيس الاختناق ، والدوار وأحاسيس تبدد الشخصية أو الغربة عن الواقع أو تعذُّر إدراك الواقع ، ويترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوي من الموت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون . وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط ، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً ، وهي أكثر شيوعاً بين النساء . ويعيش المرضى أثناء نوبة الهَلَع حالة متصاعدة الشدة من الخوف ، وأعراض نشاط زائد بالجهاز العصبي اللاإرادي تؤدي بهم إلى الخروج العاجل من المكان . وإذا حدثت هذه النوبة في موقف معين ، كأتوبيس أو وسط زحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد . كذلك فإن نوبات الهَلَع المتكرر وغير القابلة للتنبؤ بها قد تؤدي إلى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة ، وكثيراً ما يلي نوبة الهَلَع قلق مستمر من الإصابة بنوبة أخرى ، مما يؤدي في النهاية إلى حالة من الرُهَاب .

3 ـ اضطراب الرُّهــاب

phobia disroder

ويظهر فيه الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة ، ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص حالات الرُهَاب ، لأنه أحياناً قد تخفي ورائها أمراضاً أخرى ، فكما سبق انفاً ان تفاعل الخوف أحد لأعراض الهامة لأحد أنواع القلق النفسي يسمى عادة القلق الرُهَابي phobic anxiety وقد تكون استجابة الخوف أحد أعراض الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) خصوصاً في التشخيصات الهستيرية ، وهنا يخدم الخوف المريض في الهروب من مواقف معينة ، أو يدفعه لتجنُب مواجهة الشدائد أو جاء الاهتمام لذاته . أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب مزجي ، كذلك لا نستطيع أن نغفل احتمال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب شرايين المخ ، كما قد يظهر الرُهَاب تلو التهاب السحايا أو بعد اضطرابات الفص الصدغي في المخ والذى أحيانا قد يفجر الخوف على شكل نوبات متكررة شبيهة بالنوبات الصرعية ، وأحياناً يبدأ الرُّهب مع مرض الفُصَام ، خصوصاً النوع المعروف بفُصَام المراهقه باستجابات خوف غامضة وغريبة . ومعها بعض الشك والأعراض الزورانية (البرانويدية) مما يحتم علينا وضع ذلك في الاعتبار

وأخيراً يظهر الرُّهاب كأحد الأعراض القهرية في مرض الوسواس القهرى كما سيتضح في مناقشته . وتعتمد معالجة تفاعل الرُّهاب على السبب الأولي للمرض الذى نشأ عنه الخوف أو تفاعل الرُهَاب سواء أكان مرضاً نفسياً أو عضوياً .

ولذا نستطيع تعريف تفاعلات الرُهَاب كالآتي :

1 ـ أنها غير متناسبة مع الموقف .

2 ـ لا يمكن تفسيرها منطقياً ،

3 ـ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً ،

4 ـ تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المسبِّب للرُّهاب .

وتقسم تفاعلات الرُهَاب كالآتي :

(أ) رُهَاب المَيَادين أو رُهاب الساحات والأماكن المتسعة agoraphobia

ويشمل الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحلات أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون اضطراب الهَلَع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحاليه والماضية . وهو من أشد ضروب الرُهَاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون

حبيسي المنزل تماماً . وكثيراً من المرضى يرتعدون من فكرة انهيارهم في مكان عام وتركهم دون مساعدة . ويعد غياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رُهَاب الميادين أو رُهَاب الساحات . وأغلب مرضى رُهَاب الميادين أو رُهَاب الساحات من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر . كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رُهَاب اجتماعي كسمات إضافية .

(ب) رُهَاب اجتماعي social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية . ويصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من حتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ، ويكون المريض مقتنعاً أن أحد المظاهر الثانوية يمثل مشكلته الأساسية ، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هَلَع .

(ج) رُهَاب مُحَدَّد (مُنْفَرِد)

هو رُهَاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل رُهَاب الاقتراب من حيوان ما ، أو رُهاب الأماكن المرتفعة ، أو رُهَاب البرق ، أو رُهَاب الرعد ، أو رُهاب الظلام ، أو رُهاب الطيران ، أو رُهَاب الأماكن المغلقة ، أو رُهَاب التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، أو رُهَاب تناول مأكولات معينة ، أو رُهَاب زيارة طبيب الأسنان ، أو رُهَاب منظر الدم أو الجروح ، أو رُهَاب التعرض لأمراض معينة . وبالرغم من أن الموقف المثير محدّد بدقة ، إلا أن التعرض له قد يثير الرعب كما هو في حالات رُهَاب الميادين او رُهَاب الساحات أو الرُهَاب الاجتماعي . وتبدأ أنواع الرُهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها ، وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرُهَابي ، ومن أهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرُهَاب المحدد هو رُهَاب التلوث البيئي أو الإشعاعي أو رُهَاب العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً وحديثاً رُهَاب متلازمه العوز المناعي المكتسب (الإيدز) .

المعالجة

تشمل المعالجة النفسية والسلوكية ، والكيميائية ويتم شرحها بالتفصيل في الفصل الخاص بالمعالجة .

4 ـ اضطـراب الوسـواس

obssessive disorder

إن هذا العُصَاب من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع السكان يتجاوز توقعاتنا السابقة إذ يصل إلى 2,5% تقريب .

الوسواس القهري

مرض عُصَابي يتميز بالمظاهر التالية :

1 ـ وجود وساوس تتمثل بشكل أفكار أو اندفاعات أو مـخاوف ، إلى جانب أعراض قهرية في هيئة طقوس أو أفعال حركية مستمرة أو دورية .

2 ـ يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس ، وابتعادها عن المعقول ، وعلمه الأكيد أنها لا تسـتحق منه هذا الاهتمام « وهنا أهمية تفرقتها عن الوُهَام أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته » .

3 ـ محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها ، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .

4 ـ إحساس المريض بسيطرة هذه الوسـاوس . وقوتها القهرية عليه ، مما يترتب عليـه شلل اجتماعي وآلام نفسية ومعاناة شديدة .

وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة علامـات فيزيولوجية وكيميـائية وتشريحية يمكن تمييزها بالأجهزة المخبرية الحديثة

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عـادة في الشخصية الوسواسية ، والتي تتـميز بالصلابة وعدم المرونة والتـردد وصـعـوبة التكيف والتـأقلم للظواهر المختلفـة مع حب النظام والروتين ، وضـبط المو عيد ، والاهتمام بالتفصيلات ، وأحياناً البطء الشديد .

الأعــراض

1 ـ الأفكار والصور

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر مُسْتَلْطَف أو كريه ، أو جمل معينة تردد على مخه ، أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره .

2 ـ الاندفاعات

ويشعر المريض هنا بإلحاح مسيطر ، أو برغبة جامحة ، أو باندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها ، ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة باستمرار وبقوة . وتكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية ، فيشعر المريض بالرغبة في إيذاء المارة بالشارع أو دفع أحد من الشرفة ، أو إلقاء نفسه في الأدوار العليا أو من القطار أو الأتوبيس ، وأحياناً اندفاعات مضحكة ، كالغناء في الأماكن المُقَدَّسة أو الضحك في الجنازة ، أو ضرب من يقف أمامه على قفاه ، أو الرغبة الجامحة في عد وضرب الأعداد الأحادية أو الثنائية إلى ما لا نهاية .

3 ـ اجترار الأفكـــار

وهنا تنتاب المريض أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنهـا ، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالســؤال التقليدي لماذا نعيش ، ولماذا نموت ... ؟ ولا يحتل تفكيـره سوى هذا السؤال ، أو لماذا لا تحل مشكلة الـفقر في العـالم ؟ أو هل التاريخ صحـيح أو كله أكذيب وقصــص تختلق على مدى العصور ؟ أو هل أنا أعيش أم أنا في حلم دائم ؟ وأحـياناً قد تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لا نهائية لا يمكن الإجابة عنها .

4 ـ الأفكار الحركيـة

وهي من أكثر الأعـراض القهرية شيوعـاً ، وتأخذ هيئة الرغبة الجـامحة المسيطرة للقيـام بحركات معقدة معينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخـاصة بذلك ، ومن أشهر الأمثلة غسل الأيدي عشرات المرات أو غســيل الجسم المتكرر والمبالغ فـيه بعد عمليـات التبول أو التـبرز أو أثناء فترة الطمث ، ومـحاولة التطهير المستمر من النجاسة .

المعالجـة

1 ـ المعالجة النفسية : يحتاج مريض الوسواس القهري للمعالجة النفسية وليس لتحليل نفسي ، وذلك لتفسير طبـيعة الأعراض ، وتشجيعه وطمأنته بأن حـالته بعيدة عن الجنون ، والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية ، مع مـحاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت هذه الأعراض ، والمعنى الرمزي لأعراضه .

2 ـ المعالجة البيئية والاجتماعية .

3 ـ المعالجة الكيميائية :

وقد ظهرت حديثاً الأدوية المضادة للاكتئاب والتي لها خاصية مؤثرة على الناقل العصبي neurotransmitter السيروتونين (انفرانيل ـ بروزاك ـ ففارين) وأثبتت فعليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب والتي تتخص فاعليتها في تخفيف القلق والاكتئاب دون التأثير على الوسواس .

4 ـ المعالجة السلوكية .

5 ـ المعالجة الجراحية .

5 ـ تفاعل الكرب الحاد

acute stress reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة هامة من الشدة كتفاعل لكرب جسمي أو عقلي جسيم ، والذي يخمد عادة خلال ساعات أو أيام . وقد يكون مسبب الكرب المعاناة من حادث شديد يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشخص أو أحد أحبائه « على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو اعتداء إجرامي أو اغتصاب » ، أو تغير مفاجئ في الوضع الاجتماعي للشخص « على سبيل المثال موت عدد من الأفراد ، حريق بالمنزل ... إلخ » ، وتظهر الأعراض متباينة تبايناً شديداً ، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة ابتدائية من الذهول مع بعض الضيق في مجال الوعي والانتباه ، وعدم القدرة على فهم المنبهات ، وتشوش الإدراك ، وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب withdrawal متزايد من الموقف المحيط « يصل إلى حد فقد الوعي التفارقي أو الانشقاقي » أو تهيج وزيادة نشاط « استجابة هروب أو شرود » ، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل المميزة لقلق الهَلَع « سرعة ضربات القلب ، التعرق ، التورد » ، وتظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث المنبه أو الحدث المسبب للكرب ، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام « وكثيراً في خلال ساعات » وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي بالنسبة للنوبة .

6 ـ اضطراب الكرب التالي للإجْهَاد

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، ينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص « على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حرب ، حادثة شديدة ، مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً ، التعذيب ، الاعتقال » .

الأعراض النموذجية تتضمن نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات رجوعية « ارتجاعات زمنية » مع أحلام أو كوابيس ، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبلد الانفعالي ، والانسحاب عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع ، مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث .

7 ـ اضطرابات التوافـــق

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي ، غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة ، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد . وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص « موت عزيز ، انفصال ، وهجرة ، وضع اللاجئين » أو يعكس أزمه أو نمطه تحول عظيمه في مســــار نماء الفرد « دخول المدرسة ، تجربة الأبوة أو الأمومة ، الإخفاق في الوصول إلى هدف شخصي ذي قيمة عالية ، الإحالة إلى المعاش » .

8 ـ الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) dissociational والتحويلية conversional « الهستيريا »

وتعرف الهستيريا hysteria على أنها مرض عُصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ، ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهروب من موقف خطر أو تركيز الاهتمام على الفرد من الإجهاد الشديد ، وعادة يظهر هذا المرض في الشخصية الهستيرية التي تتميز بعدم النضوج الانفعالي مع القابلية للتأثر بالإيحاء ، ولا يعني ذلك أن هذا المرض يظهر في الشخصيات الأخرى بل وجد من خلال التجارب السريرية (الإكلينيكية) ، أن كل فرد مهيأ للأعراض الهستيرية تحت الإجهاد strain والكرب stress . ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعداده الخاص ، وحسب شدة الموقف .

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي :

1 ـ عدم النضج الانفعالي .

2 ـ لانبساطية في المزاج .

3 ـ لقابلية للتأثر بالإيحاء .

4 ـ لأنانية مع حب الظهور .

5 ـ عدم التحكم في الانفعال .

6 ـ فقد الاستقرار الجنسي .

7 ـ القدرة على الانفصال في الشخصية .

التصنيف السريري (الإكلينيكي) للأعراض الهستيرية

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوي للكرب والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية التي يمكننا تصنيفها إلى نوعين :

1 ـ **الاضطرابات التحويلية** conversion disorders أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي ، ويكون له معناه الرمزي ، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية، ولا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، وينفصل هنا السبب عن العرض . ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراضه وظروفه البيئية .

2 ـ **الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية)** dissociative disorders وتنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه ، أو يفقد أثناءها ذاكرته ، وذلك للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة .

(أ) الاضطرابات التحويلية

conversion disorders

1 ـ **الشلل** paralysis : وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً . ويأخذ عدة مظاهر ؛ فمن شلل في أحد الأطراف إلى شلل نصفي في الذراع والساق ، إلى شلل بالساقين وأحياناً شلل بجميع الأطراف . وتكون العضلات أحياناً في حالة تيبس كامل ، وأحيناً أخري في حلة رخاوة شديدة ، ويصبح المريض غير قادر على الحركة ، وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل ، والشلل العضوي ، إذ أن الشلل العضوي يتميز بتغير في المنعكسات العميقة deep reflexes مع تحول في الأطراف المصابة ، أما مريض الهستيريا فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله .

2 ـ **الحُبْسَة** (فقدان الصوت) aphonia : يأتي المريض هامساً ، لا يستطيع الكلام بل يفتح فمه دون أن يصدر منه أي ذبذبات صوتية . ويعبر عن نفسه بالإشارة ، وبالطبع يجب أن نميز هذه الحالة عن الحالات العصوية ، وذلك بأن نسأل المريض أن يسعل فإذا أصدر صوتاً ، فإن ذلك يعني أن الثنيات الصوتية في حالة جيدة وأنها تتحرك وبالتالي نستنتج أن الحالة هستيرية .

3 ـ **الرُعاشات** tremors وأحياناً يصحب رعاش لأيدي رجفة أو هزة في الرأس أو كل الجسم ، وتختلف صفات الرعاش هنا عنها في القلق العُصَابي والاكتئاب وزيادة إفراز الغدة الدرقية والشلل الاهتزازي وغيرها من الأمراض العضوية .

4 ـ **العَرّة** tic ونعني بها هنا أي حركة عضلية فجائية منتظمة ، تزداد في المواقف الحرجة ، وتأخذ العرَّة tic عدة مظاهر ، فمن رجفة في عضلات الوجه ، إلى ارتعاش في جفون العين إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب أو إلى الأمام أو إلى الوراء ، وتتضمن كذلك المبالغة في حركة اليدين أو اللعب بالشارب .

5 ـ **النوبات الهستيرية** hysterical fits : وهي من أكثر الأعراض شيوعاً ، خاصة في الشخصيات الهستيرية ، وتتراوح شدة هذه النوبات من إغماءة بسيطة إلى تهيج عصبي مع تحطيم المصاب كل ما أمامه ، وأحياناً تأخذ طابعاً مميزاً ، ويصعب تفريقها من النوبات الصرعية ، والتمييز بين النوبات الهستيرية والصرعية له أهميته البالغة نظراً لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل في الحالتين . وتتميز النوبة الهستيرية بالآتي :

(أ) تحدث عادة في وجود الكثير من الأقرباء ، تلو أزمة انفعالية ، بعكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض في أي وقت بغض النظر عن المشاهدين وأحياناً أثناء النوم .

(ب) لا يؤذي المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، كما يحدث في الصرع من عض اللسان ، وقطع الشفة وكسر الأسنان أو العظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض .

(ج) نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية ولكن غالباً ما يحدث ذلك في الصرع .

(د) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميزاً ، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض مع تيبس وتخشب كامل في كل جسمه ، ثم تبدأ عضلاته في الاختلاج بشدة ، يعض أثناءها لسانه أو يتبول على نفسه ويزرق لونه ، ثم يبدأ بعد ذلك في التنفس بشدة مع ظهور الزَّبد على الشفتين ، أحياناً يصحبها بعض الدم ، ويستمر المريض في غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق تمتد أحياناً إلى نصف ساعة ، يفيق بعدها في حالة صداع ونعاس وإرهاق جسمي تام ، ولا نستطيع أن نوقف هذا

التتبع من الظواهر السريرية (الإكلينيكية) بأي تدخل منا ، أما في لنوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أي أذى . وأحياناً تزيد سرعة تنفسة وتتشنج أطرافه ولكن لا يتغير لونه ، وإن لمسه أحد فإنه يثور ويتهيج ويكسر ما حوله ويخبط برجليه في الأرض ، ثم يفيق بعد ذلك فجأة في حالة سليمة سوية بعكس الصرع . ومن نراه لدى كثير من السيدات اللاتي يصيبهن إغماءات بعد انفعالات شديدة ، ثم يعدن لوعيهن بعد شم الروائح أو النشادر ، ما هو إلا نوبات هستيرية .

6 ـ **الغيبوبة الهستيرية** hysterical coma .

7 ـ **التهاب الجلد المصطنع** dermatitis artefacts .

8 ـ **المشية الهستيرية** hysterical gait .

9 ـ **الصَّعَرَ (اعوجاج الرقبة)** torticollis .

10 ـ **اضطرابات حسية**

(أ) الخدر (فقد الحس) anaesthesia .

(ب) العمى لهستيري hysterical blindness .

(ج) الصمم الهستيري hysterical deafness .

(د) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيري .

(هـ) الآلام الهستيرية .

11 ـ **اضطرابات حشوية** visceral disorders

(أ) لصداع .

(ب) الغثيان والقيء الهستيري .

(ج) الحمل الكاذب pseudocyesis .

(د) فقد الشهية العصبي (القَـهَمَ) أو فَقْدُ الشهية العصبي anorexia nervosa ، يبدأ هذا المرض خاصة في المراهقات ، ونادراً ما يصاب به الرجال بعد محاولة لإنقاص الوزن ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج ، أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما ، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من تلك المريضات وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل ، وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ، ويحاولن كبته ، وتعاني مريضات فقدان الشهية العصبي عادة من لبرود الجنسي .

وتدل الأبحاث الحديثة على وجود خوف مرضي من زيادة الوزن ، وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها ، إذ أنها ترى نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة . وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الوطاء hypothalamus ، وإن كان البعض يعتقد أنها تنويه للهزال وليس لها الدور الأساسي .

ويتميز المرض بالآتي :

(أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع المغريات ، وأحياناً بأخذ المسهلات أو بوضع الإصبع في الفم لتحريض القيء .

(ب) توقف الطمث .

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجه الهزال .

(د) السعال الهستيري .

(هـ) البرود الجنسي وعسر الجماع والتشنج المهبلي .

(و) التجشوء ، الفواق ، انتفاخ البطن ، اللقمه الهستيريه في البلعوم .

(ب) الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية)

dissociative disorders

1 ـ **فقد الذاكرة amnesia** وهو من أهم الحيل الدفاعية اللاشـــعـورية التي يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد ، وفقد الذاكرة عملية نشيطة لا يعني بها مجرد النسيان ، وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجأة . وأحياناً يستمـر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور ، ولا مانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأي إنسان سوى إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث .

2 ـ **الشرود fugue الهـــستيري** ويبدأ بتغـير واضح في الوعي ، ويبدو المريض وكأنه مدفوع بقوى داخلية للإتيان بأعـمال وحركات بعيدة عن طبيـعته ، ويتجول المريض في الأماكن المخـتلفة ، ويقوم بمختلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال .

3 ـ **تشوش الوعي والهَذَيَان الهستيري .**

4 ـ **الغشية (التجلي) والتلبس (المس) .**

5 ـ **السير أثناء النوم .**

6 ـ **تعدد الشـخصـية multiple personalities** يخلط البـعض بين مرض الفُـصَام وبين ازدواج الشخصية الهـستيرى المنشأ ، وذلك خطأ فادح ، إذ أن الفُصام مخـتلف في أسبابه ونشأته . أما ازدواج الشخصية فيظهر على شكل شخصية أو شخصيتين مرضيتين تقوم كل منهما بما لا تستطيع القيام به الشخصية الحقيقية ، ولا تتذكر الشخصية المرضية حقيقتها ، وعندما تعود إلى شخصيتها الأصلية فإنها تتعجب لما يحدث لها وتطلب العلاج النفسي .

7 ـ الخَرَف الكاذب الهستيري (متلازمة جانسر Ganser Syndrome (hysterical pseudodementia يظهر ذلك المرض بين المسجونين ، والمعتقلين ، والمنتظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أي إجهاد بيئي ، ويعاني المريض من أعراض وأهمها تصرفات صبيانية ، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة ، وتحمل الإجابة هنا فهم المريض معنى السؤال ، ولكنها تكون ملتوية وبعيدة عن المطلوب .

المعالجــة

تتلخص المعالجة في الآتي :

1 ـ الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض ، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض ، يمكن ذلك إما بالعلاج النفسي أو تحت تأثير التخدير من خلال حقنة في الوريد (أميتال الصوديوم) . ذلك لتسهيل عملية التفريغ النفسي .

2 ـ الإيحاء بالشفاء والحل العملي للصراعات النفسيه بطريقة غير مباشرة ، دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد ، أو حتى طريقة إيجابية بحتة ، بل يجب إعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة .

3 ـ نلجأ أحياناً إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ ، أو على الطرف المشلول خاصة في حالة الحُبسة ، انعدام الإحساس ، الشلل . . الخ .

9 ـ اضطرابات الجَسْدَنَة

somatization disorders

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة ، تستمر لمدة عامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة ، يكون في أثنائه قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها ، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم .

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب ، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي .

10 ـ اضطراب توهم المرض (المراق)
hypochondriasis

السمه الاساسيـه هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من لاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة . وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والمظاهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة ، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم المرض الجسمي الذي يخشاه ، ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية ، وعادة ما يتبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي . وغالباً ما يكون الاكتئاب والقلق مصاحبين للمراق .

11 ـ اضطراب الألم المستديم الجسدي الشكل
persistent somatoform pain disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستمر شديد ومزعج لا يمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيزيولوجية أو اضطراب بدني . ويحدث غالباً مرتبطاً بصراع عاطفي أو مشكلات نفسية اجتماعية تكفي شدتها لاستنتاج أنها المؤشرات المسببة الرئيسية . وينتج عن ذلك زيادة شديدة في المساندة والاهتمام الشخصي أو الطبي .

12 ـ الوَهَـــنُ العَصَبيّ
neurasthenia

توجد تنوعات كبيرة في الشكل الذي يتخذه ظهور هذا الاضطراب ، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لا بأس بها . إحداهما تتمثل سمته الأساسية في الشكوى من زيادة لتعب بعد أي جهد عقلي ، وعادة ما يصاحبه نخفاض في الأداء الوظيفي أو الكفاءة في التعامل مع المهام اليومية . ويوصف الوهن نموذجياً بأنه تداخل مزعج من متلازمات أو استرجاعات ومشقة وصعوبة في التركيز وتفكير عسير كفء بشكل عام ، أما في النوع الثاني فإن التركيز يكون فيه على أحاسيس بالضعف الجسدي أو البدني والإجهاد فقط بعد أقل مجهود ، وتصاحبه أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفي كلتا الحالتين تشيع مشاعر جسمية أخرى مزعجة ومختلفة مثل الدوخة وصداع التوتر ، وإحساس عام بعدم الثبات ، كذلك يكثر الانزعاج بشأن انخفاض الكفاءة

العقلية والجسمية والنزق ، وانعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة يكون لنوم مضطرباً في أطوار النهك العصبي الأولي والمتوسط ولكن فرط النوم قد يكون نادراً أيضاً .

13 ـ متلازمة تَبَدُّد الشخصية ـ الغربة عن الواقع (تَبَدُّل إدراك الواقع)

depersonalization-derealization syndrome

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تلقائياً من تغير كيفي في نشاطه العقلي والجسدي وفي العالم المحيط به ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية ، بعيدة أو آلية . وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به وأن جسمه يبدو مفتقداً الحياة أو معزولاً أو غريباً بشكل أو بآخر . وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة ومفتعلاً ، وأن الحياة تبدو كمسرح يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار . وفي بعض الحالات ، قد يشعر الشخص وكأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت

وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هي أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة . وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب في شكله المنفرد . أما الأكثر شيوعاً فهو أن يحدث تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تَبَدُّل إدراك الواقع ، والعالم الخارجي في إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرُهَاب واضطراب الوسواس القهري . كذلك فقد تحدث بعض عناصر المتلازمة في أفراد أصحاء عقلياً أثناء حالات التعب أو الحرمان الحسي أو التسميم بأدوية لهلوسة ، أو كظاهرة سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك فإن مظاهر متلازمة تبدد لشخصية والغربة عن الواقع أو تَبَدّل إدراك الواقع تتشابه مع ما يعرف باسم « خبرات الاقتراب من الموت » المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة .

اضطـرابات الشخصية

personality disordres

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذة الدكتورة سهام راشد
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تعريـف الشــــخصية

الشخصية هي ذلك النمط السلوكي الذي يميز الفرد عن غـيره ، ومن المعتاد أن تبدو بعض سمات الشخصية منذ الطـفولة المبكرة ، فالأهل قد يصفون أحد الأبناء أنه اجتمـاعي منذ نعومة أظفاره ، أو أنه مشاغب ومزعج منذ الطفولة الأولى .

وهناك العديـد من السمات التي تتـشابك وتتـفاعل مع بعـضها ليـصبح لكل فـرد نمط معين من الشخصية ، كما يوجد العديد من هذه الأنماط السلوكية .

إن الأشخاص الأسوياء قد يتسمون ببعض السمات أو التصـرفات التي تصـادف في حالات اضطرابات الشـخصية ، ولكن هذه التصرفات أو السمـات تكون بدرجة بسيطة ، كما أن عواقبها أو نتائجها ليست مدمرة أو معوقة لمسيرة الحياة الطبيعية مثل نظيرتها في اضطراب الشخصية .

تعريــف اضطرابـــات الشخصية

هو ذلك الاضطراب السلوكي الذي يبدو كعدم تكيف في الحيـاة ، وخاصه مع ضغـوط الحياة ، ويبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ، ويعـوق علاقات الفرد الاجتماعية كـما يؤثر على إنتاجه في العمل ويتميز بعدم المرونة .

قد يتبين المحيطون بمريض اضطراب الشخصية أن هناك شيئاً غير مريح في التعامل معه ، ويصعب عليهم تحديد ما هو ، بل قد يتشككون في أنهم السبب في ارتبـاك علاقاتهم به ولكن قلما يقتنعون أنه مريض نفسي ، وعلى هذا قد لا يتجه تفكيرهم إلى طلبهم للمعالجة .

كذلك نجد أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته ، إلا أنه أيضاً لا يطرق باب العلاج إلا متأخراً تحت حدوث ضغط من ضغوط الحياة ، أو عند مواجهة أزمة من الأزمات (مثل أزمة اختيار زوجة أو أزمة طلاق أو فشل في العمل) ، وهنا نجد أنه قد يشكو من أعراض اكتئاب أو قلق أو أعراض نفسية جسمية ، ولكن عند البحث بعمق في تاريخه السابق يبدو الاضطراب الأعمق وهو اضطراب الشخصية .

الأســـباب

1 ـ الوراثـــة

تلعب الوراثة دوراً هاماً ، إذ أن هناك بعض الأنواع من اضطراب الشخصية متوارثة في بعض العائلات ، مثل الشخصية القلقة ، وفيها وراثة اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يكون أساساً للاستجابات المضطربة في الأشخاص القلقين ، كذلك الشخصية الحَدِّية (البين ـ بينية)، ونجد أنه غالباً ما يكون أحد الوالدين مصاباً بها ، وفي هذا النوع يبدو ضبط النفس والتحكم الانفعالي في حالة عدم نضج ، ويشكل أكبر مشكلة في عدم تكيف الفرد .

2 ـ البيئـــة environment

يؤثر الوالدان في الطفل من حيث طريقة تربيتهما له ، فهما القدوة ، ومن المتوقع أن يتقمص بعض سمات شخصيتهما . كما أنهم من خلال الثواب والعقاب وإبداء وجهات النظر في أمور الحياة المختلفة تتكون وجهات نظر الطفل ، وتتشكل سمات ومميزات شخصيته وكأنه امتداد لهما ، فمثلاً المثابرة والاستمرارية للوصول إلى هدف تحتاج إلى توجيه وتعليم ، فإذا حرم الطفل من هذا التوجيه في الصغر نشأ قليل العزيمة والإرادة ، وأصبح من السهل إحباطه وفشله .

ولابد من التعلم التخصيصي عند التعامل مع الآخرين وتقدير رغباتهم واحتياجاتهم مع تقدير رغبات واحتياجات الطفل ، حيث أن جميع الأطفال في مراحل السن الأولى لا يهمهم إلا أنفسهم وتحقيق رغباتهم بأي ثمن وبأي طريقة .

ويعد عدم اكتساب فن التعامل مع الناس والذي يتضمن « الأخذ والعطاء » ، أحد جذور اضطراب الشخصية ، والذي قد يؤدي إلى اضطراب العلاقات . فمثلاً قد لا يستطيع الفرد « العطاء » أو يخاف من « الأخذ » وينتج من ذلك أن علاقاته لا تستمر ، وتضطرب ، وتكون غير مُرْضِيَة له قبل أن تكون غير مُرْضِيَة للآخرين .

أنـــواع اضطرابات الشـخصية
Kinds of disorders of personality

يوجد لعديد من أنواع اضطرابات الشخصية وسوف نصف البعض منها :

1 ـ اضطـرابات الشخصية الاجتنابية
avoidant personality

أهم ميزتها : التوتر والقلق المستمر ، عدم الشعور بالأمان ، والشعور بالنقص مع وجود حساسية زائدة للنقد من الآخرين . وتكون الثقة بالنفس مزعزعة ، ومن السـهل أن يفقد الفرد حماسه للعمل لو قابلته مشكلة أو معوق .

كما أنه يحتاج إلى الصحبة الدائمة لكي يشـعر بالاطمئنان ، ونظراً لشعور القلق وتضخيم الأمور من حيث احتمال حـدوث مخاطر في الحياة اليومية فقد يتـجنب الفرد الكثير من الأنشطة . ومما يميز الشخص القلق أن له جهازاً عصبياً لاإرادياً يتسم بدرجة عدم ثبت قد تظهر في صورة برودة الأطراف مع وجود عرق طفيف جداً بالكفين باستمرار .

2 ـ اضطراب الشخصية القهرية (الشخصية الوسواسية)
compulsive (obsessive) personality

يعد كل من النظام والكمال والنظافة واحترام المواعيد أهم شواغل الشخص القهري إلى جانب أن التردد في اتـخاذ القرار طلبـاً للوصول إلى القـرار المثالي قـد يؤدي إلى عدم اتخاذ القـرار في الوقت المناسب . وعلى هذا نجد أن الشخص القهري يتردد عند اخـتيار نوع الدراسة أو الوظيفة ، أو يحاول التغيير بعـد اتخاذه القرار ، كما أنه يتأخر في اتخاذ قرار الزواج حـتى يتجاوز سن الأربعين . ينشغل الشخص القهري بوظائف جسمه خاصة الجهـاز الهضمي مثل كمية الطعام وأنواع الطعام التي يتناولها أو عدد مـرات التبرُّز وتوقيـتها ، وقـد ذكر شخص قهـري أنه يأكل نفس أصناف الطعام بعينها في الإفطار والعشاء منذ 15 عامـاً . ينشغل بالتفاصـيل الدقيقة فـي معظم المواضيع مما يضيع من وقـته وطاقته مما يمكن أن يقوم فيه بما هو أهم . يتمتع هذا الشـخص بضمير حي ويحاول أن يصل إلى الكمال .

هذا النمط من الشخصية يصعب عليه التعبير عن انفعـاله لمن حوله مع أنه يهتم به ، كما يصعب عليه صرف المال حتى أنه يبـدو بخيـلاً لمن حوله ولكنه يفـسر ذلك على أنه حـرص « والحرص واجب » ، والعناد والحذر من الصفات التي تجعل التعامل معه صعباً في بعض الأوقات .

هذا النمط القهري هو المعتاد ، ولكن يوجد نمط قهرى آخر يمكن أن تفسر خصائصه أنها « رد فعل » للسمات السابقة ، فيتميز الشخص بعدم النظام أو الترتيب ، كما يهتم بالنظافة الخارجية في الملبس مع إهمال النظافة الداخلية ، يكثر من صرف المال فيبدو كأنه مجبر على التخلص من المال فور وصوله إلى يديه ، أو لتخطيط للصرف قبل وصول لمال ليديه فعلاً . كما أنه يتأخر دائماً عن مواعيده ، أو يصل كآخر فرد في حضور اجتماع أو احتفال

3 ـ اضطراب الشخصية الهستيرية

hysterical personality

هي شخصية حتماعية من السهل لإيحاء إليها أو استهواؤها ، وتتقلب بسهولة مع الظروف . وانفعالاتها غير ناضجة من حيث عدم ثبات الانفعال أو زيادة كميته بالنسبة للمواقف المختلفة ، مع ضحالة المشاعر تجاه لآخرين فالعطاء للأبناء أو لزوج محدود . كما أن تحملها للمسؤولية ضعيف فهي دائمة الاعتماد على الغير وعلى لفت النظر . ويعتبر التحايل سمة هامة تحقق لشخصية الهستيرية كثيراً من رغباتها على حساب الآخرين الذين يضطرون إلى التنفيذ .

تتميز الشخصية الهستيرية بالمبالغة في وصف متاعبها أو وصف لمواقف أو لأحداث التي تمر بها . كما أنها استعراضية في لملبس من حيث احتيار لألوان أو كشف أجزاء من الجسم أكثر من اللازم تبعاً للموضة ورغبة منها في لفت النظر . وعلى هذا نجد أن الأنثى تجذب الرجال إليها ولكن عند الزواج يتبين أنها مصابة بالبرود الجنسي .

4 ـ اضطراب الشخصية الزَوَرَانية (البارانويدية)

paranoid personality

إن ثقة صاحب هذه الشخصية بالناس محدودة ، وهو يميل للتشكك بدرجة أكثر من العادي في نواياهم . ثقته بنفسه تبدو عالية وتحمل طموحاً كبيراً مع أنه داخلياً لا يتقبل عيوبه .

وهو يرى أن النفس هي مركز العالم ، فالرؤيا لكل شيء من خلال ما يعود على النفس من فائدة أو ضرر ، وهو مفرط الحساسية في التعامل مع الآخرين ، فلا يتقبل أي نقد أو ملحوظة ، بل أنه أحياناً يترجم الكلام العادي أو الفعل البريء على أنه تحقير أو رفض أو مناصبة العداء له ، فهو يفهمه ويفسره بطريقة تميل إلى تشويه الواقع . وقد يصبح بعض هؤلاء المرضى عدوانين ولجوجين ، وقد يشعر أحدهم بالغيرة عن حوله ، ويحسدهم على تفوقهم . ولكي نتعامل معه يجب أن نكون صادقين وواضحين في كل تصرفاتنا ، فيشعر بالأمان ولا يتشكك في تصرفاتنا .

5 ـ اضطراب الشخصية شبه الفُصَامية
schizoid personality

يتميز الفرد بالهدوء مع الحساسية المفرطة ، فهو يفضل التأمل والقراءة لأن معظم وقته يكون منفرداً بنفسه ، فـهو قليل الأصدقاء وإذا صـادق شخصاً ما لم يـفتح له قلبه أو يطلعه على سـره ، فهو لا يظهر مشاعره تجاه الآخرين فيطلمه البعض بأنه بارد المشاعر .

كما أنه خجول في تعامله مع الناس ويبتعد عن المجـتمعات أو الحفلات . يفضل أن يعمل منفرداً ولا يحتك بأحد ولا يهتم كثيراً بالمدح أو النقد الموجه إليه .

6 ـ اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع
dyssocial personality

تتصف هذه الشخصية بتجاهل التزامات وتقاليد المجتمع ، مع عدم الاستفادة من التجربة ، وعلى هذا يتكرر الخطأ العـديد من المرات ، وكلمـا كبـر الفرد في الـسن ازداد عنف وخطورة أخطائه ، مما يؤدي به إلى الوقوع تحت طائلة القانون .

وعلى هذا يشكل هذا النوع من اضطراب الشـخصيـة مشـكلة للمـجتمـع ككل ولأسر المرضى خاصة ، ومع أن الخطأ يتكرر ويتبعه العقاب إلا أن المريض لا يتعلم ولا يستفيد من خبرته السابقة بما في ذلك العقاب ، وهذا يشـير إلى أن هذا الشـخص يعاني من نقص في وظيفة « الأنا الأعلى » أو « القاضي » الذي بداخل كل فرد ، والذي يجعل الفرد يتحكم في اندفاعـاته ورغباته ويحققها بطريقة سليمة وليس على حساب الغير .

نظراً لفقدان المشاعر نحو الآخرين ، والعنف ، والتهور ، وعدم الاكتراث بالعواقب ، نجد أن المريض قد يتورط في سـرقة أو في أفعال جنسـية شاذة أو في تعاطي كـحول أو أدوية ويتكرر ذلك مما يؤدي أحياناً إلى دخول السـجن .

إن درجة القلق والشعور بالذنب ضـعيفان إلى درجة أنهما يكونان منعدمين ، مـع ضعف احتمال الفرد للإحباط ، وقد يلوم الاخرين مع تقديم مبررات خادعة لسلوكه .

7 ـ اضطراب الشـخصية الاتّكاليـة
dependent personality

يتسم هذا الاضطراب بكثرة الاعتماد على لآخرين مما يجعلهـم يتخذون مسؤولية القرارات الهامة في حياة المريض ، كما يتنازل المريض عن رغباته واحتياجاته فيرضخ لرغبات من يعتمد عليهم .

يشعر المريض بالخوف أن يتخلى عنه الآخرون ويحتاج للتطمين المستمر منهم . كما يشعر بالعجز وانخفاض الروح المعنوية وأنه يفتقد القوة والقدرة على الاحتمال . ويلقي اللوم على الآخرين إذا حدثت محنة أو شدة .

8 ـ اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعالياً

يتسم هذا النوع من الاضطراب بعدم استقرار المزاج ، والميل الشديد للتصرف المندفع دون اعتبار للعواقب مع قابلية حدوث ثورات متطرفة من الغضب الذي قد يؤدي إلى العنف خاصة إذا انتقد أو احبط لفعل المندفع .

وهناك نوعان من هذا الاضطراب :

(أ) النوع النَّزَقي (المندفع) : يتميز بعدم استقرار المزاج وعدم القدرة على التحكم في السلوك ، مع حدوث نوبات عنف أو تصرفات تهدد المحيطين به خاصة إذا انتقدوه .

(ب) النوع الحدِّي (البين بيني) borderline personality : الاندفاع من الخصائص الهامة للشخصية الحدية (البين بينية) ونتيجة لذلك نجد التورط في الإدمان أو الجنس أو محاولات الانتحار المتكررة عند حدوث أي إحباط أو معوق أو صراع في الحياة (طالب في الثانوية لعامة حاول الانتحار 18 مرة في فترة أربعين يوماً) .

وهو يبدأ بالانفعال الغالب المتمثل بالغضب المستمر من كل شيء ، ويليه شعور الاكتئاب وعلى هذا تضطرب العلاقات بالآخرين

الشخصية الحدِّية (البين بينية) اجتماعية بدرجة واضحة ، فهي لا تحتمل الوحدة . ومع ذلك يمكن وصف العلاقات بالآخرين أنها سطحية ومذبذبة ، فقد تنهي الصداقة لمجرد سبب تافه . مفهوم الفرد عن الآخرين يتأرجح بين النقيضين ؛ المبالغة في تقديرهم ، ويعقب ذلك الحط من قدرهم ، فالمريض لا يمكنه أن يتقبلهم كوحدة تحمل بعض الميزات وكذلك العيوب . مفهوم الذات لدى الشخصية الحدية (البين بينية) غير ثابت ومضطرب ما بين شعور بعدم الثقة والتفخيم للنفس . التحصيل الدراسي مضطرب ، والتغيب عن العمل كثير ومستمر رغم حدة الذكاء .

قد تحدث نوبات ذُهَان قصيرة المدة (لعدة أيام) أثناء ضغوط الحياة ، تكون أعراضها مشابهة إلى حد ما للفُصَام أو الهَوَس أو الاكتئاب أو « نوبات غضب » شديدة يحدث معها « تفكك » في الوعي وبعدها ينسى المريض معظم ما حدث أثناءها .

9 ـ اضطراب شخصية غير محدد

(أ) الشخصيـة العدوانية اللافاعلة passive - aggressive personality : يتسم الشخص العدواني بممارسة عدوانيـة بطريقة سلبية ، فهو لا يشاجر ولا يفقـد سيطرته على نفسه بالغضب بل يستـخدم شخصـاً آخر كمخلب قط ليـضايق به من حوله . ويتـحكم فيهم . وهنا يشعـر الآخرون بالإحباط الشديد تجاهه وكذلك بعدوانه .

سلبية العدوانية تبدو في عدم حضور اجـتماع بدون اعتذار ، أو امتنعه عن إبداء رأيه ، أو ادعائه عدم المعرفة مع أنه على معرفة كاملة بالموضوع .

التســـــويف والتأجيل من أهم سماته ، مثل الموظف الذي يرد بهدوء دائماً على المسئول « تعال غداً » . ويتحايل على من حوله لتنـفيذ رغباته ، وبهدوء يجعلهم يفعلون ما يريد ، فـدائماً مصلحته في المقام الأول ودائماً يضعهم في ظروف تجبرهم على تنفيذ ما يريد .

وصاحب هذه الشخصية يحمل داخله كمية كبيرة من العدوان ، ونظراً لعدم نضجه فإنه لا يستطيع التعبـير عنه بشكل صريح ، فيتصـرف بسلبية شديدة تؤدي إلى غيظ شـديد لدى الآخرين . إذا كان الشخص السلبي في مركز رئاسي أو يتعامل مع من هـم أقل منه تكون معاملته لهم جافة وغير لائقة

(ب) اضطراب الشخـصية النرجسـية narcissistic personality : هذا النوع من اضطراب الشخصية يتميز بالتعالي مع المبالغة في وصف الفـرد للمواهب (التي يراها هو فقط) ، وعلى هذا يميل إلى التفاخـر بما يمتلك من تحف أو ممتلكات أو معلومات ، وفي الوقت نفسـه يقلل من شأن من حوله حتى يضع نفسه هو في القمة والجميع أقل منه ، لا يحتمل النقد وقد يجهم سريعاً لو أبديت له ملحوظة صادقة عن تصرف خاطئ قـد قام به ، وفي نفس الوقت قد يجرح بشدة من هم أقل منه مركزاً لو أخطأوا .

يعزو لنفسـه أشياء كثيرة خـاصة الإنجازات الهامة مع أن غيـره هو الذي قام بها ، وذلك يوضح خلطه للواقع مع تخيله أنه مؤثر في كل شيء .

إذا كان في مجال العمل عدد من الأعمال الـتي يجب أداؤها يختار ما يظهره ويجعله محط أنظار من حوله ، ويتهرب من العمل الجاد الذي لن يغذي غروره . من المعتاد أن نجد أن الشخص النرجسي ناجح وظريف ، وعنده قدر كبير من المال ، ولدى الاقتراب منه نجد أنه يفتقد عمق المشاعر ودفأها ، وعلى هذا إذا كان متزوجاً فمعظم العناء يقع على الزوجة التي ترهق في علاقتها معه من كثرة عطائها له مع عدم الرد عليها بالمثيل من العواطف .

معالجــــة اضطـــراب الشخصية

1 ـ المعالجة النفسية الفرديـــة

تهدف المعالجـة إلى مساعدة المريض كي يتفهم تصـرفاته مع الآخرين ونتائجها ، كـما تهدف الى التقليل من التكيف السيء في مواقف الحياة المختلفة .

2 ـ المعالجة النفسية الجماعية

يستفيد المريض في هذا الأسلوب العلاجي من المعـالج بالإضافة إلى استفادته من المرضى الآخرين وردود فعلهم تجاهه أو توجيهاتهم له .

3 ـ المعالجة الدوائيـــة

قد يحـتاج المريض إلى المهـدئات الكبرى أو مضـادات الاكتئـاب لفترات من الوقت تبعاً لحـالته الانفعالية . كما أن دواء الكاربامازيبين Carbamazepine (وهو مضاد للصرع) قد يفيد لكي يعطي درجة ثبات انفعالي في بعض الحالات من اضطراب الشخصية .

اضطرابـــات النـــوم
sleep disturbances

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين

يقضي الإنسان ثلث عمره في النوم ، الذي هو عمل حيـوي لقيام الفرد بنشاطه الجسمي والنفسي خير قـيام . واضطرابات النوم متعددة وتصنف إلى : الأرق (صعـوبة الدخول في النوم والمحافظة عليه) ، وفرط النوم (وسن أثناء فترة اليـقظة) ، واختلالات النوم (كوابيس ، التكلم أثناء النوم ، السير النومي) . ويعـد الأرق أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً ، ويشكو منه يومياً العديد من المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين .

الأرق

الوبائيات

تتراوح نسبة انتشار الأرق عند مجموع السكان في العالم بين 10 و20 في المئة في المدن الكبرى . وقد أوضحت دراسة إحـصائية أجريت في الدار البيضاء ، المغـرب على عينة ممثلة لسكان مدينة الدار البيـضاء يتراوح عـمرهم بين 18 و45 سنة ، أن أكثر من 11 في المئة منهم يعـانون من أرق محدد بمعايير تشخيصية دقيقة .

التشـخيص التفريقي

ليس الأرق مرضاً ، وإنما هو عرض من الأعراض ، ويمكن أن ينشأ عن أسباب مختلفة جسدية أو نفسيه . كما أن حوالي ثلث المرضى الذين يعـانون من الأرق يكون مخطط كهربية الدماغ لديهم أثناء النوم عادياً . ولذلك فإنه لا يكفـي أن يشتكي إنسان من اضطراب في نومه لنبدأ عـلاجه على التو ، بل يجب تحديد التشخيص انطلاقاً من معايير ثلاثة :

- وجود اثنين على الأقل من الأمور الثلاثة التالية :

تجاوز مدة تأخر الدخول في النوم بـ 30 دقيقة .

نقص مجموع مدة النوم بنسبة 25 في المئة على الأقل .

الاستيقاظ مرتين في الليل مع صعوبة العودة إلى النوم .

- تأثير الأرق لسلبي على النشاط خلال النهار .

- استمرار الاضطراب لمدة 10 أيام على الأقل .

ويجب تحديد موعد الأرق : في بداية الليل ، أو وسطه ، أو آخره . ويعتبر الأول أكثر تلك الأنواع انتشاراً ، بينما يعد الأخير عادة علامة على اكتئاب داخلي المنشأ .

المعالجـــة

(أ) في بعض الحالات

- يكفي الإنصات إلى شكاوى المريض وطمأنته وتوجيه نصائح صحية وغذائية له ليستعيد نومه الطبيعي .

- يكفي تغيير ظروف النوم (المكان ، نوعية السرير ، عشاء خفيف قبل النوم) لتحسين جودته .

(ب) في كل الحالات

- البحث عن نمط حياة المريض له أهمية خاصة (الحياة الأسرية والمهنية ، ظروف النوم ، طبيعة الحياة اليومية ، الأزمات) .

- الحث على التزام حياة أكثر استقراراً ، والقيام بتمارين رياضية ممتعة (المشي ، أو ركوب الدراجة مثلاً) ، وتجنب الأزمات ما أمكن . ومن المفيد التذكير بأنه لا يمكن الإرغام على النوم . فكما هو الشأن بالنسبة للممارسة الجنسية أو الضحك مثلاً ، يتطلب النوم الاسترخاء الجسدي والنفسي .

- تجنب المنبهات النفسية : الشاي الأسود أو الأخضر ، القهوة (بالحليب أو بدونه) ، المشروبات الغازية المحتوية على المنبهات ، والإقلاع عن التدخين .

- تجنب استعمال البربيتوريات كمنومات .

3 ـ البحث عن سبب الأرق

فهو الذي يحدد إمكانية المعالجة من قبل الطبيب العام أو ضرورة زيارة المتخصص .

ـ الحالات التي توجب استشارة الاختصاصي :

الأرق الذُّهاني : الذي يدخل في إطار هَذَيَاني أو في إطار ذُهَاني هَوَسي . وعلاجه يقع في نطاق عمل الطبيب النفسي ، وهو مبني على مضادات الذُّهان (neuroleptics) .

الأرق الناتج عن حالة اكتـئابية خطيرة ، وعلاجه بمضـادت الاكتئاب (antidepressants) أو المعالجة الكهربية .

ـ الحالات التي يمكن أن يعالجها الطبيب العام :

أرق ذو منشأ عـضوي : كل الأمراض الطبية والجراحية يمكن أن تسبب الأرق ، وخصـوصاً إذا صاحبتهـا آلام أو كنت تشكل خطراً على حياة المريض . وبديهي أن العـلاج ينصب أولاً على عـلاج المرض المسـبب ، لكن يمكن أن تضـاف إليـه منومـات من نوع البنزودياز يبينات، أو السيكلوبيرولون أو غيرها .

أرق ناتج عن الاكتئاب وهنا تأتي الأعراض الاكتئابية في مقدمة الحالة المرضية : مزاج حزين ، بطء نفسي ـ حركي ، تصاحبها أحياناً أفكار أو سلوك انتحاري .

وعلاج حالة الاكتئاب يمكن أن يتولاه الطبيب العـام إلا في حالة اكتئاب خطير (مصاحب بهَذَيَان أو باختلاط ، أو بخطر الانتحار) أو إذا لم يتحسن رغم العلاج .

وجدير بالذكر أن هذا النوع من الأرق يسـتلزم علاجـاً بمضادات الاكـتئـاب ، لأن علاج حـالة الاكتئاب هذه تؤدي تلقائياً إلى تحسن نوعية النوم . ومن المعلوم أن بعض مضادات الاكتئاب هي أيضاً مهدئة ومنومة ، بينما بعضها الآخر منه يمكن أن يسبب أرقاً إذا تناوله المريض بالليل .

أما المقدار اليومي من الأدوية الثلاثيـة الحلقات (tricyclics) فيتراوح بين 100 إلى 150 ميلي غرام على الأقل ، وبداية التأثير العلاجي لا تظهر إلا بعد 3 إلى 4 أسابيع . ويجب التأكد من عدم وجود موانع لاستعمالها لدى المريض (وخصوصاً اضطراب النقل القلبي) كما يجب إعلامه بإمكانية ظهور بعض مضاعفات العلاج (مضادات المفعول الكوليني) .

إن علاج الأرق الناتج عن الاكتئاب بالمهدئات وحدها عمل مضر وغير مفيد ، بل يمكن أن يشكل خطراً على المريض ، لأن ذلك لا ينقص من مـعاناته وتألمه ،بـل يمكـن أن يدفع أحـياناً بالمريض إلى الانتحار .

أرق غيـر اكتـئابي ولا ذُهَاني : يعالج المريض هنا بـالمنومات في حالة الأرق المرتبط بحـالة عابرة ، وبالمهدئات في حالة القلق المزمن .

أما المنومات فتنقسم إلى نوعين :

- **منومـات من فـصيـلة البنزوديازين Benzodiazepines**، ويمكن أن تكون ذات عـمـر النصف الطويل أو القصير ، أما ذات عمر النصف القصير فتمير بـكونها تساعد على الدخول في النوم ولا تؤثر على استيقـاظ المريض في الصباح . وأما ذات عمر النصف الطويل ، فـتكمن فائدته في تأثيرها المزيل للقلق بالنهار زيادة على فعلها المنوّم .

ويجب أن تبقى مضاعفات هذا النوع من الأدوية حاضرة باستمرار في ذهن الطبيب المعالج أثناء وصفها للمريض : اضطرابات في الذاكرة مرتبطة بالأحداث التي وقعت في فترة استعمال الدواء ، وخصوصاً المنوّمات ذات عمر النصف القصير ، وحالة وسن بالنهار ، والإدمان .

- **منومات غير بنزوديازيبينية** يدخل فيها المنومات من فصيلة الباربيتوريات (barbiturates) التي يجب دائماً تجنبها .

كما تدخل فيها فصائل جديدة تحمل اسم السيكلوبيرولون (cyclopyrrolone) والإيميدازوبيريدين (imidazopyridine) وتمتاز هذه الفصائل بكونها تؤدي إلى مضاعفات أقل ، وخصوصاً منها الإدمان .

إن مدة العلاج بالمنومات يجب أن تكون أقصر ما يمكن ، وأن لا تتجاوز الشهر الواحد . كما يجب ألا تجدد الوصفة المشتملة على منوم بصورة تلقائية . ومن المستحسن أن يرى المريض بعد يومين أو ثلاثة من وقف العلاج بالمنوم تحسباً لعودة الأرق كما كان أو أشد .

- أما المهدئات التي تُناول نهاراً ، فيمكن أن تساعد أيضاً على مكافحة الأرق . ونستعمل هنا أساساً المهدئات من فصيلة البنزوديازيبين ، فهي تهدئ قلق المريض في المساء ، وتمكن بالتالي من استقبال النوم بصورة أحسن .

وأخيراً فإن الأرق منتشر بين عموم الناس وبين المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين . فمن واجب أي طبيب أن يشخص حالة الأرق ويحدد أسبابها ويقوم بالتصرف المناسب : إما علاجها وإما إحالتها إلى الطبيب المتخصص إذا تعلق الأمر بمرض نفسي خطير أو مقاومة للدواء . ومهما يكن من أمر ، فمن الضروري على الطبيب أن يتجنب وصف المنومات لكل شخص يشكو من الأرق ، فهو تصرف غير مبرر وقد يكون ضاراً بالمريض .

الاضطرابات الجنسية
sexual disorders

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

وهي اضطرابات وظيفية ليست نتيجة مرض عضوي تحدث اضطرابات الجنس الوظيفية (بدون سبب عضوي) بين الرجال والنساء ومن خصائصها ما يلي:

1 ـ لا يستطيع الفرد أن يشارك في العلاقة الجنسية كما يود أو يرغب .

2 ـ قد يحدث الاضطراب ثم يختفي .

3 ـ يستمر الاضطراب لمدة 6 أشهر على الأقل .

4 ـ لا يعزى الاضطراب لأي من الاضطرابات النفسية أو السلوكية الأخرى ، أو الاضطرابات العضوية (مثل أمراض الغدد الصماء) ، أو المعالجة الدوائية .

ومن الممكن قياس شدة الاضطراب وكذلك تكرار حدوثه . كما أنه من الممكن حدوث أكثر من نوع في وقت واحد . من البديهي أن نعلم أن الاضطرابات التي تؤدي إلى المعاناة الجنسية من المواضيع الحساسة التي يجب أن نبحث فيها بكل حرص وعناية حتى لا نزيد من شعور المريض بالإحباط.

1 ـ انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية

يشكو الفرد عادة من انعدام الرغبة الجنسية التي تظهر عدم تفكيره في الجنس مع عدم الشعور بأي رغبة أو خيال جنسي ، وكذلك عدم بحثه عن أي محاولة جنسية . وقد تنعدم الرغبة في المبادرة في أي نشاط جنسي مع الزوج أو حتى مع النفس (العادة السرية) . وعلى هذا يتضح قلة الممارسة عن ذي قبل ، مع الأخذ في الحسبان لعامل السن والظروف والخبرات السابقة وصحة الفرد وهل الشكوى طارئة أم مزمنة ، وهل سبق ذلك سوابق جنسية سوية أم لا . قد تسبب الشكوى انشغال للمريض ، أو قد يواجهها بعدم اكتراث ، وهنا يكون الطرف المشارك (الزوج) هو صاحب الشكوى . ومن المعتاد أن تكون الممارسة طبيعية بمساعدة الزوج .

2 ـ النفـــور الجنسي وفقدان التَّلَذُّذ الجنسي

النفور الجنسي : ينفر الفرد من ممارسة الجنس مع الزوج مع شـعور بالخوف والقلق ويتحاشى الممارسة . وإذا حدث اتصال جنسي فإن المريض لا يشعـر بالتلذذ مطلقاً ، بل قد يكون انفعاله سلبياً بشدة . وهنا لا يكون النفور والرفض بسبب فشل سابق أو قلق من الممارسة أو الأداء .

فقد التَلَذُّذ الجنسي : يتم الاتصال الجنسي ولكنه يكون غير مصـحوب بشعور اللذة أو شعور الإثارة الممتعة . وهنا يجب التأكد من عتبة الإحساس قبل أن ينظر في وجود صراعات نفسية .

3 ـ فشـــل الاسـتجابة الجنسية

في الرجال : يتسم بفشل فـي عملية الانتصاب ، وعلى هذا لا يتـم الاتصال الجنسي ، وقد يحدث على أي من الصور الآتية :

1 ـ انتصاب كامل في المراحل الأولـى من العملية الجنسية ولكنه سرعان مـا يختفي ، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي .

2 ـ لا يحدث الانتصاب ، ولكن أحياناً يحدث عندما لا تتوافر الظروف للممارسة .

3 ـ انتصاب جزئي ، يتلوه انتصاب كامل ، كاف للممارسة الجنسية .

4 ـ عدم حدوث انتصاب أصلاً .

يجب البحث في العوامـل النفسية وخاصة انفـعال القلق ، مع مراعاة للظروف التي يمارس فـيها الجنس ، وراحة المريض النفسية والجسمية ، وكذلك دور الطرف الآخر .

وقد أدى اكتشاف الأدوية الحديثة الفموية إلى تطور في هذا المجال .

في النساء : يحدث فشل في الاستجابة الجنسيـة يتضح في فشل حدوث الإفرازات المهبلية مع قلة تورم الشفرين وقد يحدث على أي من الصور التالية :

1 ـ فشل الإفراز عامة في كل الظروف .

2 ـ قد يحدث الإفراز في البداية ولكنه لا يستمر مما يصعب معه استمرار العملية الجنسية .

3 ـ الإفراز يحدث تحت بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى مـثلاً يحدث مع العادة السرية ولا يحدث في الاتصال الجنسي .

4 ـ اضطـــراب الإرجاز (هزَّة الجمـــاع) orgasm

قد يحدث اضطراب لإرجاز (هزة الجماع) على النحو التالي :

أ ـ يحدث تحت أي ظرف ومع أي شخص .

ب ـ يحـدث الاضطراب في بعض الظـروف ولا يحـــدث في ظروف أخـرى (مثل الاتصال الجنسي أو العادة السرية) كما قد يحدث للرجل في حضور الزوجة ولكن يختفي عند الممارسة

هناك تفـاؤل عند معـاجة السـيدات عنه في الرجال الذين قـد يكون لديهم اضطرابات آخـر في الشخصية بالإضافة لاضطراب الجنس .

يجب أن نبحث في الضـغوط والمشاكل التـي قد تسبب الاضطراب ، مع التنبيه على : التركـيز والانتباه الأحاسيس أثناء الجنس

5 ـ الدَّفـقُ المُبْتَســر premature ejaculation

يحدث القذف المُبْتَسَر قبل التلذّذ بالممارسة الجنسية ويظهر على النحو التالي :

1 ـ يحدث القذف قبل أو عند بداية الاتصال الجنسي (قبل أو خلال 15 ثانية) .

2 ـ يحدث القذف رغم عدم وجود انتصاب وعلى هذا لا يكتمل الاتصال الجنسي .

3 ـ قد يحدث القذف المبتسر نتيجة للحرمان الطويل من النشاط الجنسي .

من المعتاد أن تكون الشكوى من المرأة . ويجب أن يشارك الطرفان في المعالجة . وينبغي التغلب على انفعال الغضب الذي قد تعاني منه الزوجة .

المعالجة السلوكية : يشارك الطرفان فيها لضمان النجاح .

6 ـ تشنج المهبل النفسي المنشأ psychogenic vaginal spasm

قد يصعب الاتصال الجنسي وقد يحدث ألم يحول دون الاتصال الجنسي بسبب تشنج المهبل .

من المعتـاد أن يكون هذا الاضطراب ابتدائياً ، ونادراً ما يحـدث كاضطراب ثانوي نتيـجة حدوث اغتصاب أو حدوث مرض في المهبل .

ومن المعتاد أن يصـاحب التشنجَ المهبلي خوفٌ من ممارسـة لجنس ، ويتلو ذلك حدوث الألم عند أي محاولة اتصال .

وقد يحدث الاضطراب على النحو التالي :

1 ـ ستحلة الاتصال الجنسي الطبيعي .

2 حدوث لتشنج المهبلي بعد فـترة من لممارسة الجنسية الطبيعيـة ، وهن نجد أن أي ممرسة جنسية ممكنة باستثناء الإيلاج ، وأي محاولة تمام اتصال جنسي كامل بحدث معها خوف وتشنج مهبلي مع تقلص في عضلات الفخذين مما يحول دون الاستمرار . ومن المعتاد أن يتعاطف الزوج حين يشعر بألم الروجة ويحاول مساعدتها .

7 ـ عســر الجماع النفسي المنشأ psychogenic dyspareunia

يظهر عند في النساء ألم أثناء الجمع يتعذر معه لممارسة (قد يقتصر الألم على البداية ، أو يستمر طوال مدة الجمـــاع) دون أن يترافق بتشنج مهـبلي . يجب على الطبيب معرفة توقيت الألم ومكانه بالضبط . من المـعتاد أن تكون لدى المريضـة سمات شـخصيـة تميل إلى تحويل الصـراع النفسي إلى الجسم فيبدو في صورة ألم .

اضطرابــــات الأكل

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

تشتمل اضطرابات الأكل على عدة أنوع من الاضطرابات أهمها :

1 ـ القَهَم (فقد الشهية) العُصَابي .
2 ـ النُّهـــام .
3 ـ القطا (الوحَم)

1 ـ القَهَم (فقد الشهية) العُصابي anorexia nervosa

يصيب هذا الاضطراب عادة الفتيات المراهقات . ويتميز بما يلي :

1 ـ تحاشي المواد الغذائية المرتفعة الكالوري (مثل المواد الكربوهيدراتية والدهنية) بقصد إنقاص الوزن ، مع الخوف الشديد من زيادة الوزن .

2 ـ تشوه مفهوم صورة الجسم (أي الحجم) ، فبالرغم من فقد الوزن لواضحه للجميع فإن المريضه تنكر أنها نحيفة ، وتصر على الاستمرار في تقليل الطعام لأنها تشعر أنها بدينة . وكلما ازدادات درجة تشويه مفهوم صورة الجسم كلما أدى ذلك إلى صعوبة المعالجة وعدم تحسن الحالة .

3 ـ فقد 15%-25% من الوزن على الأقل ، وقد يكون أكثر من ذلك ، مما قد يستدعي الإدخال إلى المستشفى .

4 ـ درجة النشاط العقلية والجسمية طبيعية .

5 ـ غالباً ما يحدث انقطاع الطمث ، بالإضافه إلى حدوث بعض اضطرابات الغدد الصماء الأخرى نتيجة لاضطراب وظيفة الوطاء hypothalamus مع الغدة النخامية (مثل ارتفاع مستوى هرمون النمو وارتفاع مستوى الكورتيزول ، مع حدوث تغيرات في عملية استقلاب (أيض) هرمون الغدة الدرقية ، واضطراب إفراز الأنسولين) .

6 ـ ضمور العضلات مع قوتها .

7 ـ حدوث جفاف ، إمساك ، انخفاض درجة الحرارة مع بطء النبض .

8 ـ إذا حدث المرض قبل سن البلوغ فإنه يعطل حدوث البلوغ في الإناث والذكور .

يبدأ التاريخ المرضي المعتـــاد بأن الشابة في مرحلة المراهقــة تميل ميلاً طفيفاً للسمنة ، وعلى هذا تبدأ في تنظيم الأكل لتقليل الوزن . ولكن بعد الوصول للوزن المثـالي (الطبيعي) تستمر بإرادتها في تقليل الأكل بدرجة كـبيرة (حيث ترفض أصنافـاً كثيرة لعدة شـهور) فيستـمر نقص الورن ، ونظراً لتحريف مفهوم صورة الجسم يستمر تقليل الأكل .

قد يصـيب هذ الاضطراب الذكـور أيضاً ولكن بنسـبة أقل . نسـبة إصابة الإناث إلـى الذكور = 1:10

الوالدان : يتميزان بأنـهم مـسيطران ومفرطان في حماية أبنائهم ، ويتطلبـان من أبنائهم الكثير ، ويتمتعان بطموح زائد .

عوامل المرض

هناك تداخل بين عدة عوامل لحدوث المرض .

1 ـ الوراثة ، ولم يثبت دورها بعد .

2 ـ الأسباب البيئيـة ـ الاجتماعية مهمة ، حيث يكثر الاضطراب في بعض البـيئات عنها في بيئات أخرى .

3 ـ اضطراب جو الأسرة وعلاقات الأفراد فيهـا ، ويكثر الحديث عن الطعام كوسيلة اتصال بين أفراد الأسرة .

4 ـ الشخصية الوسواسية .

5 ـ رفض دور البلوغ والتطورات الجنسية المصاحبة لهذا الدور .

6 ـ تلاحظ الاضطرابات الوجدانية بنسبة عالية في الأقوياء .

التشخيص التفريقي

1 ـ الأمراض العضوية مثل : السكري ، فرط نشاط الدرقية ، السرطان ، سوء لامتصاص ، مرض كرون .

2 ـ الاكتئاب .

3 ـ الفُصَام .

4 ـ الوسواس القهري .

مآل المـــرض

مع المعـالجة يحـدث تحسن كـامل في 35% من الحالات ، وتحـسن إلى حد مـا في 30% من لحالات . وبدون معالجة قد تصل ..بة الوفاة إلى 5%

المعالجـــة

قد تحتاج المريضة الإدخال إلى المستشـفى (خاصة إذا كان الوزن أقل من المتوقع بنسبة 40%) مع لراحة التـامة حتى يزداد لوزن ، إلى جـانب المعالجة النـفسية لمدة طـويلة قد تصل إلى 3 سنوات ، و لمعالجة الأسرية ، والمعالجة السلوكية بتقـديم مكافأة مدسبة كلما تحسن الوزن مع نظام الأكل الجيد ، والمعالجة بالأدوية من مضادات الاكتئاب أو مضادات لقلق .

2 ـ النُّهـــام
bulimia

يتميز النُّهام بنوبات من كثرة الأكل في فترة قـصيرة ، خاصة للمواد لكربوهيدراتية . ويتبع ذلك التقيؤ الإرادي للمحـافظة على لوزن . كما قد يتبع هذا الاضطراب القهَم العُصـابي ، أو يتبادل معه في الحدوث .

ويحدث المرض عادة في الفتيات المراهقات ولكن في سن أكبر من القهم العُصَابي .

أعراض النهام

1 ـ نوبات مـتكررة من الأكل بكميـات كبيـرة خصـة المواد لعالية الكلوري في فتـرة قصـيرة مع الإحساس بفقدان السيطرة على التوقف عن الأكل .

2 ـ تكرار التـقيـؤ الإرادي عقب نوبات الأكل بشـراهة ، وذلك للحـفــاظ على الوزن وخوفـاً من السمنة .

3 ـ كثرة الانشغال بالوزن ونظام الأكل ، مع الرغبة في تحاشي السمنة بأي وسيلة .

4 ـ تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الأدوية التي تقلل الشهية للطعام أو خلاصة الغدة الدرقية ، أو فترات امتناع كاملٍ عن الطعام بغرض احفاظ على الوزن .

5 ـ الوزن عادة طبيـعي ، أو أقل أو أكثر من الوزن الطبيعي بدرجة طفيفة لا تسـتدعي كل هذا القلق . ولكن مع حدوث الأكل بشراهة أو التحـديد الصارم في نظام الأكل قد يتبع ذلك زيادة أو نقصان في الوزن .

6 ـ نتيجة القيء المستمر يحدث اضطراب في توازن سوائل الجسم ، كما قد تحدث مضاعفات جسمية (وَهن ، نوبات صرع ، ضعف عضلات ، اضطرابات ضربات القلب) مع حدوث نقصان الوزن الشديد .

7 ـ المزاج مكتئب مع انخفاض تقدير الذات

8 ـ الخوف من عدم السيطرة على الأكل مع الاعتقاد بأن نمط الأكل غير طبيعي .

يحدث الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة المتأخرة أو في أوائل مرحلة النضج بين النتيات وكثيراً ما يسبق هذا الاضطراب حدوث القهم أو فقد الشهية العصبي anorexia nervosa .

الأسباب : يعتبر النهام نابعاً من القهم العُصَابي ، وقد تتناوب صور كل منهما مع الآخر ، وعلى هذا لا تتداخل الأسباب بينهما .

التشخيص التفريقي : أورام الوطاء hypothalamus ، متلازمة كلاين ـ ليفين .

تطور المرض : يأخذ المرض عادة صورة مزمنه مع بعض التقلبات على مدى سنوات . وقد تتسبب أزمات الحياة في حدوث النوبات .

المعالجـــة

نظراً لوجود الاكتئاب فإن المريض قد يحتاج دواءً مضاداً للاكتئاب . ومن المعتاد علاج المرضى خارج المستشفى باستخدام المعالجة المعرفية السلوكية ، بغرض أن يكتسب المريض السيطرة والإرادة على أكله ، مع حل مشاكله النفسية التي تؤدي إلى حدوث الاضطراب .

3 ـ القَطَــا (الوَحَم أو اشتهاء الغرائب)
pica

القطا أو الوحم . وهو أكل مواد ليس له قيمة غذائية أو عديمة الكالوري وغير مألوفة مثل الخشب أو السجاد أو الخيوط أو القماش ... بالإضافة إلى أكل الغذاء العادي في وجبات الطعام .

عادة ما يحدث هذا الاضطراب بين الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، كما قد يحدث في حالات الذاتوية autism الطفلية ، أو حالات الفُصَام .

ويتوقف العلاج على دراسة كل حالة على حدة لمعرفة ظروفها وسببها ، لإعطاء العلاج المناسب .

المعالجـــة النفســـية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد شعلان
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يمكن اعتبار المعالجـة النفسية صداقة مقابل أجر . بـل كان هذا هو عنوان للكاتب سكوفيلد لكتبه عن العلاج النفسي وصفات المعـالج . فهو في المقام الأول مهارة تقوم على صفات شـخصية يتصف بها المعالج أكثر مما هي معلومات تقوم على نظرية أو مدرسة . فقـد أوضح أن الصفات التي يتحلى بها المعالج النفسي الفعّال ذو الخبرة الثرية هي صفات مشتركة مع أقرانه من المعاجين أكثر مما هو الحال بين المعالجين المختلفين في الخبرة والعمر وإن انتموا إلى نفس المدرسة النظرية . لهذا فيمكن القول بإن كل علاقة بين أحـد العاملين في الرعاية الصحيـة ومريضه فيها لمسـة من المعالجة النفسيـة سواء كانت مُتَعَمَّدة أو تلقائية . بل إن كل علاقة بين صاحبين فيها من عناصـر العلاج النفسي مما يجعلها تؤدي تلك الوظيفة . إذاً فإن كل شيخ (طريقة) أو واعظ أو معلم أو كبير عائلة أو صديق لابد وأن يمتلك بعض صفات المعالج النفسي وإن لم تكن متعمدة . وهو لذلك له تراث يمتد إلى قديم العصور قبل أن يتخذ شكل العلم القائم على إطار نظري أو تجريبي .

إلا أن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية ليست بعلم ومـهارة وتأهيل شخصي للمعالج ، وفق أصول ومعـايير ونظريات وطرق للتـدريب تمكّن من اكتسـابه . وإذا كان علم النفس له الفـضل في الجانب لتحـرسي في نشأة علم المعالجة النفـسية الحديث ، فـإن الطب لكونه المهنة المساعدة التي تتـعامل مع الألم بشتى أشـكاله ، له الفضل في نمو المعـالجة النفسـية كـمهنة . ولذا فإن فـرويد وما أسـسه من نظريات ومـهارات في التـحليل النفسي هو الذي يتـبادر إلى الذهن عندمـا تأتي الاشارة إلـى العلاج النفسي . إلا أنه في ذات الوقت كان التـجريبيون ، سواء من داخل العلوم الطبـية مثل بافلوف ، أو من مختـبرات علم النفس التجريبي ، يضعـون الأسس والآليات لتغييـر السلوك والمطلوبة في العلاج النفسي (علاوة على التطبيقات الأخرى لعلم النفس مثل التربية والتعليم والإدارة . وهي مجالات لم تتوان مدرسة التحليل النفسي بالادلاء بدلوها فيها) .

أي أن المعالجة النفسية كعلم بدأت في نهاية القرن التـاسع عشر بتيارين رئيسيين يمكن إيجازهما بأن أحدهمـا يسعى إلى تغييـر النفس من الداخل والثاني يبدأ بتـغييرها من الخـارج . أو كما عبـر عنها

الفيلسوف وعالم النفس وليام جيمز William James في صيغة تساؤل : هل نضحك فنسعد ، أم سعد فنضحك ؟ فكانا تيارين يبدوان متعارضين أو متنافسين ، وكأن المسألة مسألة مذهب أو عقيدة وليست مسألة علم . وليس في الأمر ما يدعو للعجب . فإن هذا الاختلاف قديم منذ أن نشأت الثقافة الإنسانية في توجهها إلى السعي لإصلاح النفس . ولاسيما هذا الجانب من الثقافة الذي كان يدعو ويبشر بالإصلاح ، وتعول المعالجة النفسية أهمية كبيرة على الأديان بكافة أنواعها . لدرجة أن عالم النفس أبراهم ماسلو صنف الأديان ، لا حسب أسسها العقائدية وشرائعها وشعائرها ، ولكن على أساس ما تقدمه من التوجيه النفسي . فكل الأديان ، بدرجات متفوتة ، فيها الجانب التربوي الذي يعتمد على تربية الحالة الداخلية مثل النية والوعي والإيمان . والجانب العملي الذي يعتمد على إبراز الأعمال الصالحة واتباع الشرائع والشعائر . والإسلام بالتحديد تكثر فيه الإشارة إلى الذين آمنوا وعملوا الصالحات

ويحكي أن لقاءً حدث مرة ولم يتكرر بين اثنين من حكماء الصين القدامى وهما كونفوشيوس ولاوتسو . لم يتمكنا فيه من التواصل أو التعاون ، فقد كان الأول غزيراً في مواعظه ، ومحدداً في تعليماته ، بينما كان الثاني يتجنب الموعظة والدعوة إلى سلوكيات محددة ويكتفي بالتأمل و التعبد ؛ الأمر الذي جعله يهجر حياة المدينة ليتعبد وحده في الجبال . ولولا أن حارس المدينة منعه من الهجرة ما لم يكتب حكمته في (كتاب الطريق أو الداو دي تشينج Tao te ching) لما بقي لنا من تراثه شيء مكتوب .

وفي التراث الإسلامي نجد مثل هذا التنوع متجسداً لدى أصحاب علوم الدين (مثل الفقه والشريعة والتفسير وغير ذلك) وأصحاب الاتجاهات الصوفية والذين يمكن أن يتمثل موقفهم في وصف الرسول صلى الله عليه وسلم بأن الجهاد الأكبر هو الخطوة التالية والأصعب من الجهاد الأصغر . وكان يعني بالأصغر القتال ضد أعداء الرسالة والأكبر جهاد النفس أو في قول الإمام علي رضي الله عنه أن من عرف نفسه عرف ربه .

ولعل الاختلاف بين التيارين في علم النفس والمعالجة النفسية أقرب ما يكون إلى اختلاف التكوين النفسي سواء للمعالج أو لمن يلتمس المعالجة . إلا أنه في نفس الوقت الذي بدأ هذا الاختلاف يأخذ شكل التسابق على من منهما يملك الحقيقة العلمية لموضوعية بدأت تظهر بوادر للتوحيد بينهما ، خافتة الصوت ولكن مثبرة ومتنامية في استمرارها . بدأها من جانب أحد أعوان فرويد المقربين وهو كارل جوستاف يونج ؛ وتيار آخر إنساني التوجه وله منابع في الفسلفة الوجودية بدأه صديق لفرويد أبقى على اختلافه دون أن يدخل في خلاف معه ، وهو لودفج بينسفانجر ، كان يونج يرى أهمية أن يسعى الإنسان نحو التفرد (أو التوحيد بين الأضداد المتناقضة) . وأن الإنسان أعقد من أن يفسر بواسطة القوانين المادية الميكانيكية التي كانت تشكل الأساس النظري العلمي التي قامت عليها كل من

المدرستين المتعـارضتين ـ التحليلية والسلـوكية . فالإنسان بعـد أن يشبع غرائزه (الجنسيـة أساساً لدى الشبـاب والعدوانية أسـاساً لدى الكبار) يصـل في رشده أزمة منتـصف العمر حـيث تكون قضيـته الرئيسـية هي البحث عن هدف ومعنى لحـياته ؛ بعبـارة أخرى يسعى إلى إشبـاع الجنب الروحي من خلال البـحث عن دين . كما كانت لـه نقطة لقاء مع التيار الوجـودي الذي بدأ ببينسفـانجر وهي أن التعامل مع الإنسان ، ولو في إطار علاقة أدوار (الطبيب والمريض) لا يمكن فهمها من خلال الأدوار فقط وممارسة آلـيات مهما بدت علمـية . فالعبـرة في العلاقة لعلاجـية هي بالقدرة التي تنتقل فـيها العلاقة من الدور إلى الحقيقة ، أي بالقدر الذي يصبح المعالج فـيه إنساناً شفافاً صادقاً في تفاعله مع المريض ، يؤثر فيه ويتأثر به .

كـانت هذه هي البوادر ، إلا أنهـا لم تتخـذ شـكل التـيار الجـارف إلا في بداية منتصف القـرن العشرين ، حيث التقت في أساسياتها حـول ما عرف بالتيار الإنســـاني الوجودي أو القوة الثالثـة (بعتبار أن التـيارين السابقين يشكلان القوه الأولى والثانية ، وهما التـياران التحليلي والسلوكي) . ومثل أي تيار فـكري أو علمي فإن هذا لتيار الثـالث لم يتوقف عن التصور ، والاستمـرار ليشئ ما يعرف الآن بالتيار الرابع وهو الذي يكاد يعود ، ماراً بالعلوم الحديثة ، إلى التراث القديم الذي أتى به الأنبياء والحكماء . فـهذا اللقاء بين العلم الحديث والتراث القديم يحدث في بوتقة تـفاعل متبادل في الأوساط العـلمية الغـربية ، وينتـج عنه توحيـد في الفكر يزيل آخر فـجوة في الثنائيـة الفكرية لدى الإنسان بـعد أن أزال أينشتـاين الفجـوة التي فرقت بين المادة والـطاقة ، ألا وهي الفجـوة بين الذات والموضوع ، أو بين الوعي والواقع ، أو بين الروح والجسد . بدأها علمـــاء الطبيعة من الجيل الذي خلف أينشتاين ورفاقه . وواكبتها قلة مثابرة من علماء النفس حرصت على الأخذ بها وتطبيقها .

إن الملفت للنظر هو أن علمـاء النفس ، وخاصه أطبـاء النفس مازالوا وهم يلهثـون للحاق بركب العلم ، ينظرون إلى مـثل هذا التصور بعين من الريبـة . إذ أن الاكتشـافات الحديثـة التي حدثت من خلال تطور العلوم الطبية العصبية جعلتـهم يظنون ، كما ظن الذين سبقهم من قبل ، أنهم على شف اختزال الإنسـان إلى مجموعة من التفاعلات السولوحية التي عكن رصدها بدقة ، وبالتالي التحكم فيه . ونشأ في الطب النفسي مـا يعرف بالموجة الكريبيلينية الجـديدة ؛ وهي التي تسعى إلى الوصف الدقيق للأعراض وتصنيفها إلى أمراض ، كل منهما له شفاء في دواء يصنعه الإنسان مستفيداً من التكنولوجيا الحديثـة في تركيب المواد الكيـميائيـة والفيزلوجـية المؤثرة على الوعي . ومن هنـا بدأ إهمال تدريس العلاج النفسي في كليات الطب ، بل وفي مقررات الطب النفـسي ذاته . ووجد علماء النفس والخدمة الاجتماعية وغيرهم من علماء السلوك الإنساني دوراً لهم في استعادة المبادرة في التخصص في العلاج النفسي . إلا أنه من حـسن الطالع أن الأطباء بدأوا يفطنون إلى أهمـية العوامل النفـسية في تسـبيب وبالتالي علاج الأمراض العضوية . ولم يقف الأمر عند تلك الأمراض التي كانت تصنف تحت عنوان الأمراض النفسيـة الجسمية psychosomatic ، بل أخذت تنتشر لتشـمل كافة الأمراض التي يكون

لجهز المناعـة دور في مقاومتـها أو شفائها . فـشملت أمراضاً معـدية كان اليقين فيـها أن السبب هو جرثومـة أو فيروسه ، وأمراضـاً كان للجهاز المنـاعي دور رئيسي فيهـا (مثل أمراض الحسـاسية) ، وأمراضـاً عضوية المظهـر وإن لم تكن أحادية السبـب مثل السرطان . وابتـدعت طرق نفسيـة لعلاج السرطان بل وشـفائه تماماً . ومن الطريف أن بعض الكتب التي ضـربت الرقم القياسي فـي التوزيع كانت مواضيعها نفسية ولكن مؤلفيها من تخصصات غير نفسية ، مثل الجراحة وأمراض النساء .

لذلك استمر حـجم المقررات في العلـوم السلوكيـه والطب النفسي في كليـات الطب بالولايات المتحدة بالازدياد حتى أصبح يأخذ حوالي خُمس إلى رُبع المقررات .

مـــدارس وآليـــات

المعالج النفسي الجيد يمرس المعالجة من واقع خبرته وعلمه . ولكنه في أغلب الأحوال يبدأ بوحدة مدرسة لها إطار نظري وآليـات تنبع منه . والمدارس عديدة ومختلفة ويصعب عـرضها . ولذا سوف نعرض التيرات العامة التي يمكن أن تندرج تحتها المدارس .

هناك تيار التـحليل النفسي والتفـرعات التي نجمت عنه . والخط العـام الذي يجمعـها يبنى على توجه أساسـي وهو النظر إلى الداخل والتـبصر الذي يوسع دائرة الوعي ، فيتبعه التـغيير في المواقف والسلوكيات .

وتقوم النظرية على أساس أن ما يحرك الوعي عبارة عن دوافع غريزية لا شـعورية ؛ فتتأثر بالبيئة وخاصة في الطفولة المبكرة . فتتكون عقد نفسية تتحكم في وعي الفرد وسلوكه ؛ الأمر الذي يتطلب استعـادة هذه الخبرات والاستبصـار بتأثيرها بما يمكن الفرد من التحـرر منها . إنها عملية فيـها تفريغ لشحنات انفعالية مكبوتة ، ولكن التفاصيل أعقد وأعمق من مجرد ذلك .

الغرائز التي فتـرضها فرويد هي الجنس والعدوان إلا أنه طورها بعد ذلك إلى غـرائز الحياة في مواجـهة الموت . فهي ظاهرة منذ الولادة ، تتواجـد معاً في تناقض وجـداني . أي أن الطفل الوليد يحب ويكره نفس الشـــخص في نفس الوقت . فأمـه التي ترضعه وتحمله هي أيضاً أمـه التي تحرمه من الرضعة وتغيب عنه ولا تحمله .

ويمر الطفل في تعـامله مع غرائزه بمراحل stages . ففي السنـة الأولى يتركز تعـامل الطفل مع العالم الخارجي ، ويبدأ تعامله مع أمه ، بواسطة فمه . ولذ أطلق على هذه المرحله المرحله الفمويه oral stage ؛ وتستغـرق العام الأول من عمره . فهو يسـتدمج الخبرات ويتعـامل مع أمه (والعالم المحيط) بفمه أساساً ، كما يستخدم آليات نفـسية مثل التفارق (الانشقاق) ليعزل صوره لأم الجيدة عن الأم البغيضـة والإسقاط ليعزل نزعاته الجـيدة عن الشريرة ، كما أنه يتعـامل مع الموضوع (أمه) على أساس أنها مجرد امتداد له . فهو لا يعرف حدود ذاته ولا يميز بين الذات والموضوع .

أما المرحلة الثانية ، التي سميت **المرحلة الشرجية** anal stage ، فتستمر حتى منتصف العام الثالث من عمره . ويبدأ في التمييز الجزئي بين الذات والموضوع . فهو لم يستقل تماماً عن أمه ولكنه يسعى إلى ذلك . ويتم هذا عند إمكانه التحكم في عضلاته الإرادية ؛ أي باكتساب القدرة على المشي والكلام وأخيراً التحكم بالتبول والتبرز .

ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تمتد إلى السنة السادسة والمسماة **بالمرحلة القضيبية** phallic stage ، حيث يحقق الاستقلال . وتسمى أيضاً المرحلة الأوديبية ؛ أي عندما يتعرف على الفروق الجنسية ويبدأ الطفل الذكر في التنافس مع أبيه حول الاستحواذ على أمه (عقدة أوديب) ، والطفلة تزيح مشاعرها تجاه أمها وترتبط بأبيها (عقدة إلكترا) .

بعد ذلك يكتشف الطفل خيالية رغباته فيكبتها ليدخل **مرحلة الكمون أو الخفاء** latent stage . ويبدأ الطفل في التوحد مع أبيه والطفلة الأنثى بالتوحد مع أمها . وتستمر هذه المرحلة إلى سن البلوغ . وتعود التخييلات الأوديبية ولكن إدراكه للواقع يجعله يبحث عن فرد من الجنس الآخر من جيله . وتسمى هذه **بالمرحلة التناسلية** genital stage .

ويقف فرويد عند ذلك . ولكن إريكسون يطور النظرية لتغطي عمر الإنسان كله . كما يطور فيها بما يقلل من شأن العامل الجنسي البيولوجي . إذ يعطي إريكسون دوراً أكبر للعوامل النفسية الاجتماعية . ولذا يسمي المراحل بأسماء تصف التحدي الذي يواجه الطفل إبان تعامله مع الموضوع الذي يأخذ في الحسبان الأسرة والمجتمع . فالمراحل عنده ثمانية هي : 1) الأمان 2) الاستقلال 3) المبادرة 4) المثابرة 5) الهوية 6) الألفة 7) الإنجاب 8) التكامل . فيربط بين الغرائز والبيئة الاجتماعية والثقافة السائدة .

ويأتي تطوير إريكسون بالتواكب مع توجه التحليل النفسي عموماً إلى الذات في تعاملها مع البيئة . وهي مساهمات بدأت منذ نشأة التحليل النفسي ، وحتى انشقاق مجموعات عن التيار السائد في التحليل النفسي في اتجاه الاهتمام بالبيئة والثقافة : منهم كارن هورني وسوليفان وإريك فروم ؛ رغم أن جذور الانشقاقات بدأت منذ أيام فرويد بدءاً بأدلر ثم يونج ثم رانك ورايخ وغيرهم . ومن أهم الإضافات موازنة انحياز فرويد للذكورة ، (فقد نشأ في جو أبوي يعلي من شأن الذكور بما جعل من قضيب الطفل الذكر ميزة بيولوجية تؤدي إلى حسد القضيب والخوف من الخصاء) . بأن الأصل في الحسد يبدأ قبل هذه المرحلة

بناءً على هذه النظرية وتفرعاتها وتطوراتها ، تطورت أيضاً آليات المعالجة إذ بعد ما كانت العملية العلاجية تستغرق وقتاً طويلاً ، وتغوص في الأعماق لاستعادة خبرات الماضي المؤلمة أي سيكولوجية الغرائز أو « الهو » أو « الهيَ » ، صار الاهتمام بما عرف بسيكولوجية الذات ، أي الاهتمام بالأنا وكيفية تعامل الذات مع الواقع . وزادت إيجابية المعالج وتدخلاته بدلاً من الإنصات الطويل لما كان يعرف بالتداعي الطليق (الحر) وتفسير الأحلام . وازداد التطور بما جعل المعالج يتعامل مع من

يعالجه بواسطة العلاقة الإنسانية التي تجعل من المعالج إنساناً يتأثر وبالتالي يؤثر في من يعالجه . وهي جذور التيار الوجودي الإنساني .

كما جرى التطوير في المعالجة النفسية التحليلية بتوسيع مجالات تطبيقه مع التعديلات اللازمة في الأسلوب . إذ بعد أن كان قاصراً على حالات العُصَاب في لراشدين وفي إطار فردى ، طبقه ووزن على الذُهَانيين . كما طبقته أنَّا فرويد وكذلك ميلاني كلاين على الأطفال و ستخدمه بيون مع الجماعات .

وأدخلت تعديلات في الأهداف بما مكن من استخدامه للعلاج المساند ولعلاج المختصر والطوارئ .

ومن المنطلق العكسي ، أي البداية من السلوك الخارجي والأعراض الظاهرة نشأ التيار الآخر : **المعالجة السلوكية** . وكانت نشأتها في البداية في مُختَبَرات علم النفس منذ أن بدأ بافلوف تجاربه العلمية على الحيوانات وكيفية تعديل الاستجابات في مجالات التفعلات الانعكاسية . ثم طورت التجارب عند واطسون وسكينر وغيرهما لتكوين نظرية التعلم وإمكانية تطبيقها في مجال العلاج . إلا أنه حتى الآن لم يمكن تطبيقه في أغلب لمجالات . ويمكن القول بأنه حقق نجاحاً لا بأس به مع الأطفال المعوقين (مثل حالات الداءوية والتخلف لعقلي واضطرابات الانتباه) وكذلك في إزالة بعض لأعراض العُصَابية مثل الرُهَاب والقلق وبعض لأعراض الوسواسية والإدمان وغيرها . كما أمكن استخدامه في تعديل سلوك الجماعات مثل المسجونين ونزلاء المستشفيات الدين يحتاجون إلى إعادة تعلم بعض السلوكيات الكيفية من أجل اتباع نظم وعادات جديدة تساعدهم على التكيف . والمفترض في كل الأحوال أن التأكيد على تغيير السلوك الخارجي سوف يتبعه تغيير في الفكر والانفعال .

ولذلك نشأت مدارس أخرى في العلاج تشبه المدخل السلوكي في البدء بالخارج وتعمد التغيير في الوعي (الفكر أو الوجدان أو كلاهما) على أساس أن لبقية سوف تتبع . ومن أهم هذه المدارس . **العلاج المعرفي ، والعلاج المعرفي الانفعالي ، والعلاج بالواقع** . أغلبها يشترك في الاهتمام بتغيير أفكار الفرد ومواقفه تجاه ذاته والعالم الخارجي بما يؤدي إلى تغيير في الوجدان والسلوك فالفرد المكتئب مثلاً يتميز بأنه يعيش على افترض منظومات فكرية تجعله يرى نفسه والواقع المحيط بشكل يدعم وينمي مزاجه المكتئب . وللمعالج عليه في هذه الحالات أن يدرب من يعالجه على اكتساب منظومات فكرية جديدة تؤدي إلى تغييرات في وجدانه وسلوكه .

يأتي هنا التساؤل عن كيفية الجمع بين هذه المدارس والتيارات التي تبدو متناقضة أو متصارعة ؟ هنا يأتي دور **التيار الإنساني الوجودي** أو **القوة الثالثة** . فيما يبدو أن ظهور هذا التيار في هذا الوقت لم يأت من فراغ ، ولكن غالباً كاستجابة لمناخ حضاري بدأ يشك في صحة القيم التي تبالغ في إعلاء قيمة التحكم بالعقل في المشاعر والتلقائية . فالتحليل النفسي يبدو وكأنه تشريح بارد لمشاعر إنسانيه

متدفقة . والسلوكية تبدو وكأنها ميكنة للإنسان . ولكن كلاهما يلقي بعض الضوء على جانب من الحقيقة . ولذا لم يأت التيار الثالث رافضاً لما سبقه ، ولكن مكملاً ومطوراً وجامعاً للمتناقضات . فليس هناك اعتراض على الضحك كخطوة نحو السعادة ، ولكن لا يجب أن يعني ذلك أن الإنسان الذي لا يسعد لا يضحك . كما يعني أن الضحك المتعمد كآلية علاجية غير فعال ، ولكن هناك حاجة لأن يعي الفرد أن هناك في وعيه ما يستحق الضحك والسعادة . هكذا بدأ رد فعل **المدرسة الجشطالطية** Gestaltic في العلاج كما وضع أسسها فريدريك بيرلز : أن إبدأ بالضحك وأطلق العنان للمشاعر ، وسوف تأتي البصيرة والتفسير من داخلك دون حاجة إلى معالج . إلا أن أصحاب مدرسة **التحليل التفاعلي** reactive analysis الذين كانوا ضمن التيار الثالث ، أضافوا أن لا مانع من محاولة الفهم بالتفسير ، بل يجب العمل على استعادة الخبرة المؤدية إلى السعادة عن طريق استدعائها إلى العقل . وكذلك ساهم كارل روجرز بإبراز أهمية أن تكون المعالجة متمركزة حول من يعالج ، دون أن تكون متأثرة بمواقف أو آراء المعالج . بينما كان إيريك فروم يتوجه إلى قضايا ثقافية وسياسية واجتماعية وفلسفية عامة .

ومن هذا التوسيع لدائرة الوعي عن طريق ربط ما هو عقلاني بما هو انفعالي . وما هو تحليلي بما هو سلوكي . وما هو فردي بما هو اجتماعي ، بدأت حواجز الثنائية التي كانت تبحث عن أسبقية الوعي أم السلوك ؟ الفكر أم العقل ؟ وبدأت النظرة إلى الإنسان تتسع دائرتها بل تسابق الطب العام في اتجاه التعامل مع الإنسان ككل ، لا كجمع حسابي لعدة وظائف متفرقة . وترتب على ذلك بحث في التراث الطبي القديم لمعرفة كيف كان الإنسان يتغلب على الأمراض قبل مرحلة التكنولوجيا الدوائية المعاصرة ، وازدهرت الدعوة إلى الطب البديل ، والعودة إلى استخدام هبات الطبيعة سواء كانت نباتات وأعشاب أو كانت تدريبات روحية (مثل التأمل والتعبد بأشكاله المختلفة والتي قد تأخذ شكل رياضة اليوجا أو حلقات الذكر الصوفية ، بل بعض الممارسات الشعبية التي لا علاقة لها بالتعبد) . واستمرت الدراسات الجادة لهذه الظواهر ، ووجدت مساندة علمية من جانب علماء الفيزياء الحديثة وما وصلوا إليه من رؤية توحيدية للكون ؛ وهي باختصار أنه لو لم تكن هناك إله ، فهناك ضرورة علمية لأن نفترض وجوده حتى يمكننا تفسير ظواهر الطبيعة .

هكذا ولد التيار الرابع ، والذي اتخذ لنفسه اسم **علم النفس عبر الشخصية** ؛ وما ترتب عليه من تطبيقات علاجية . وما هو إلا عودة (لا نكسة ، إذ هي قد عَبَرَت من خلال العلم ولم تقفز فوقه أو تزحف تحته) إلى التراث القديم الذي اجتمع حوله المتصوفون من كافة الأديان .

يتلخص موقف هذا التيار في التطبيق العلاجي في أن : المعالج الحكيم ليس مَنْ يَعِدُ بالشفاء ولكن مَنْ يستطيع أن يشارك ويعاون المريض على تحمل الألم وتحويله إلى حال مقبول ، والألم ضروري لمعرفة قيمة البهجة ، فلا سعادة بلا شقاء ولا حلاوة بلا نار .

أشـــكال وإطــــارات

المعالجـة كما اعتمدناها من النموذج الطبي بين معـالج ومريض . ولكن النفس البشـرية علّمتنا أن حدود الذات لا علاقة لـها بحدود الجلد الذي يحوي جسد الإنسـان . بل إن الطب العضوي ذاته بدأ يتخلى عن هذه النظرة بأن يأخذ في الاعتبار العوامل البيئية سواء المادية أو الاجتماعية .

ولعل أول ما يتبـادر إلى الذهن كعلاقة بين الفـرد (الراشد) والآخر هو العلاقـة الزوجية . ولذا نشأت فكرة **المعالجة مع الزّوج** (والزوج مذكّر ومؤنث) عندما صارت الصراعات الزوجية هي الأصل في المرض ، بينما الأعـراض ليســت إلا المظهر الخـارجي . وأن ما من زوج يتألم إلا وكـان لزوجه دور ، سواء في تسبيب الألم أو تخفيفـه . فصار الشكل الأمثل للعلاج في مثل هذه الأحوال هو أن يشتـرك الزوجان في الجلسة الواحـدة دائماً أو غالبـاً أو أحياناً . أو ربما يتم الـعلاج بواسطة اثنين من المعـالجين كل على حـدة أو بالتـعاون بـينهمـا . والعـلاج مع الزوج يكاد يكون ضـرورة في حـالة الاضطرابات في العلاقة الجنسية .

في المقابل فإن العلاقة الحـميمة التي تقترب من علاقة الزواج هي عـلاقة أفراد الأسرة الواحدة . ومن هنا نشأ **العلاج مع الأسرة** . وفي مجتمـعاتنا الشرقية على الأخص تكتسب قيـمة الانتماء إلى أسرة الأصل (بـالمقارنة مع أسـرة الإنجاب) مكانة عـالية في التـأثير على حـياة الفرد . فـالأبناء ، والبنات بوجـه خاص ، يبـقون على عـلاقة ولاء شديد مـع أبويهمـا حتى بعـد الزواج والإنجاب . وبالتالي نستطيع أن نقول إن العلاج مع الأسرة يكاد يفرض نفسـه كواقع في مجتمعاتنا ، رغم غياب التدريب عليـه كتخـصص . كما أن العـلاج مع الأسرة نكاد يكون المعالجـة الوحيدة الممكنة لمعـالجة الأطفال . بل كثيراً ما نجد الطفل الذي يقدم للـعلاج هو المعاون الأول للمعالج في تشخيص وعلاج الأمراض التي تصيب الأسرة .

ويمكن في حالتي المعـالجة مع الزوج والمعالجة مع الأسرة أن تتم المعـالجة في إطار جلسة جمـاعية تتكون من أكثر من زوج أو أكثر من أسرة ، فتكون معالجة جماعية .

وهنا نأتي إلى دور **المعالجة النفـسية الجمـاعية** . فقد انتـشرت المعالجة النفسيـة في الآونة الأخيرة وكادت ، في كثير من الحالات أن تحل محل المعالجة الفردية أو تتواكب معها أو تكملها ، رغم بدايتها المتواضعة كنتـائج لمحاولة من اختصاصي بالأمراض الصدرية (مـرض السل بالتحديد) وهو برات ، بأن كان يجمع المرضى ليناقش أمـور علاجهم ، فلاحظ تحسناً في حالاتهم النفـسية . إن الفضل في المناقشة التحليليـة يرجع إلى بيون حيث كان يتعامل مع الأعداد الكبـيرة من المرضى المتأثرين بالكرب الناتج عن اشتراكـهم في الحرب (العالمية) . فكانت الضـرورة تحتم عليه أن يلتقي بهم كجـماعة . وكان ، كمحلل نفسي ، يميل إلى دور المستمع مع الحد الأدنى من التدخل . واكتشف أن الجماعات

لابد لها وأن تمر بأطوار متتالية . فتبدأ عدة بعلاقة اتكالية حيث ينتظر الجميع من القائد أن يملي عليهم ما يجب أن يفعلوا . ثم تأتي مرحلة لقتال والهروب (الكر والفر) حيث يتصارع أعضاء المجموعة عى القيادة . وأخيراً تأتي مرحلة التزاوج حيث تنقسم الجماعة الكبيرة إلى ثنائيات أو جماعات صغيرة . وهي كلها مراحل لها جوانبها السلبية والإيجابية كما أن لمجموعة ككل تنصهر وتصبح مجموعة حيث يكون العمل هو الهدف المشترك الذى يلتف حوله الجميع . إلا أن هناك شداً (مرضياً) يجذب المجموعة إلى لسعي لإشباع احتيجات (عاجلة) لا شعورية . وهي ما يصفها بيون بالافتراضات الأساسية .

وفي مواجهة هذا الاتجاه للتعامل مع المجموعة ككل ظهرت اتجاهات أخرى تدعو إلى لتعامل مع الفرد في المجموعة ؛ فيتعمق التفاعل مع الفرد على حساب المساواة في توريع الاهتمام . ولكن المشاركين بالمساهمة يشتركون ويتفاعلون بوجدانهم فتعم لفائدة رغم أن الاهتمام كان منصباً على فرد .

وبالتوازي ظهر **المسرح النفسي** الذي أبدع في وضع أسسه مورينو فالمريض يجد يسراً في التعبير عما يخجل منه إذا ما طلب منه أن يرتجل مسرحية وأدوار تعكس ، بإرادته أو بدونها ، مشاكله الخاصة ، ويستفيد المشاركون في الأدوار (وهم عادة من المرضى الذين كتسبوا خبرة في هذا المجال فأصبحوا بمثابة المعالج المساعد) . وقد طبق مورينو هذا الأسلوب على مساحة واسعة تشمل أمراضاً مختلفة ، وتتسع لأعداد كبيرة ، بل وفي مجالات خارج مفهوم المعالجة مثل التعليم والتطوير الإداري وحل الصراعات .

أما **العلاج البيئي** ، وهو يعتبر من امتدادات العلاج النفسي ، فقد قام على برمجة البيئة التي يعيش فيها المرضى لتشمل نشاطات مختلفة يشارك في وضعها وتنفيذها المرضى ، فيكتسبون المهارات لاجتماعية والنفسية إلى تؤهلهم للشفاء .

وهنا يجب الإشارة إلى الوسائل المعاونة للمعالجة النفسية ، مثل استخدام **الرسم والنحت والموسيقى والغناء** وغير ذلك من الفنون بما يعاونون به المعالجة النفسية بل ربما يصبح بديلاً لها . وكذلك **المعالجة بالنشاط والعمل والتأهيل المهني** . فلنشاط البدني من حيث المبدأ له آثار نفسية وفيزلوجية تؤدي إلى الاسترخاء بل إلى توسيع دائرة الوعي والوصول إلى مراتب من الوجد الصوفي .

وقد ابتدعت وسائل معاونة للتعجيل بمثل هذا التطور النفسي وتحويل ما كان يبدو أنه خبرة ذُهَانية إلى خبرة صوفية . من هذه الوسائل استخدام أجهزة خاصة كالارتجاع البيولوجى biofeedback . ومن أهمها جهاز مرآة المخ الذي يعاون لفرد على الارتقاء بحالة وعيه إلى مراتب عليا . وقد يستخدم كتطوير أو تنمية للنفس فيما بعد المعالجة ، أو قد يدمج ضمن المعالجة بأن يسبقها أو يصاحبها . ولذا اخترنا تسمية تجمع مفهومي التصوف والاستعانة بلتكنولوجي الإلكترونية الحديثة : **الصوفيترونيا** .

التدريـــب

تعتبر لمعالجة النفسية مهارة تستخدم فيـها كأداة أساسية شخصية المعالج. فهي أقرب إلى الفن منها للعلم . ولذا لابد أن يكون الأساس في التدريب أن عيه أن يؤدي إلى إصلاح شـخصية المعالج نفسه . ويقوم على مـعايشة المعالج لدور لمـريض ويكتسب بدلك خبرة ذاتيـة . وقد كان التـحيل النفسي يتطلب مرور لمعالج بخبرة المعالجة مع محلّل نفسي مُدَرّب قد تستمر أعواماً طويلة وتتكلف الكثير

ويتلو ذلك في الأهمية ، وإن من الممكن أن يواكبه ، اكتســاب المهارات العلاجية بأن يقوم لمعالج بتحليل حالتين على الأقل تحت إشراف معالج مدرب . أي أن يكون التدريب عملياً بالممارسة .

ويتواكب مع هذا اشتـراكه في حلقات دراسيه يكتـسب فيها الأساس النظري ، سواء كـان توجهه عملياً بأن يتعلم آليات المعالجة أو نظرياً عاماً يبلور مفهوماً متكاملاً للنفس البشرية .

إلا أن هذا النهج في التدريب كان مكلفاً ويـستغرق وقتاً طويلاً . وبالتجربة ، وبعـد تفنيد الكثير من الأسس النظرية للتحليل النفسي ، وجد أنه من الممكن أن يختـصر التدريب بأن يكون الانتقاء في البدية لشخـصية المعالج آخذيـن في الاعتبار الصفـات المطلوبة أصلاً في المعالج الجـيد ، كان يكون محباً ، ذكياً ، قادراً على الاستبصار ، يميل إلى تطوير نفسه والاستبصار بها ، محباً للإنصات ، وقدراً علـى التعاطـف ومشـركـة الغير آلامـهم ، مرن في شـخصـيتـه بما يجعله دائم لتطويـر لها وإصلاحـها ، قادراً على النكوص ، يولّد شـخصيته ويعيد ميلادها بيسر ، وغير ذلك من صفات . كما وجد أن التدريب في إطار علاجي جماعي يحـقق أكثر من هدف : فهو ليس مجرد أقل تكلفة ، ولكنه يعطي للمشارك فرصه تبادل الأدوار في عمليه واحدة : فـهو معـدج مريض طالب مُتَعَلّم معاً . وهو مشارك مـعايش ملاحظ مشـاهد معاً . كما أن تـأثير الحماعة يفـوق الجمع الحسابي لمحـتوى ما يحدث فيها . فالجمعة تيسر تصعـيد التعبير اللفظي و للالفظي عن المشاعر وتعجل بظهورها . وهي في النهاية تكسبه المهارة على مستويت عدة : المعـالجة الفردية ومع المجموعة ومع الأسرة وبالاستعانة بالمسرح النفسي وغير ذلك من آليات يصعب اكتسابها في الإطار الفردي .

وختاماً فإن أهمـية العوامل الثقافية في تكوين الشـخصية تتطلب أن يكون **التدريب باللغة الوطنية** ومع أفراد لهم جذور ثقافـية مشتركة . وهو الأمر الذي يـعجل بضرورة إيجاد معهد عـربي للمعالجة النفسـية (والعلاقـات الإنسانية بصفة عامة) . ويفضل أن يكتسب المعـالج النفسي خبرات في تطبيق قدراته على التأثيـر على وعي الإنسان وسلوكه في مجالات غـير علاجية . فـمن جانب هناك ما هو بمثابة مـعالجة الأسوياء ، أو مـا بعد لمعالجـة ، والتي تهدف إلى الارتقاء بالنفس البشرية المتطورة . فالصحـة ، كما اتفقت عليها مـنظمة الصحة العالمية ، ليـست مجرد غياب المرض . ولكنهـا تتجاوز ذلك لتجعل الإنســن أقدر على تنمية قدراتـه والتـعبير عنها بصورة تحـقق ذاته . وهو ما صار يمارس

اليوم تحت مسميات أخرى غير العلاج بالمفهوم الطبي التقليدي ، كما يحدث في كثير من ورش العمل و لمختبرات والدورات التدريبية وجماعات التنمية وجماعات اللقاء والمواجهة .

وهنا يأتي السؤال عمن هو الأصلح لممارسة امعالجة النفسة ؟ لاشك أن الطبب لديه ز د من الخبرة في التعامل مع الآلام البشرية . ولكن كثيراً من لمهارات والصفات لمطلوبة في المعالج النفسي لا تتطلب كل هذه السنوات التي يقضيها الطبيب كي يكتسب الخبرة اللازمة لأن يكون معالجاً نفسياً وقد يكون المعلج الأفضل هو لذي قضى سنوات تعليمه الأولى في اكتساب تلك الخبرات والمهارات بل قد تكون تمارسه في الحياة في إطار مهنة أخرى (الأفضل أن تكون قريبة من العلوم الإنسانية والفنون) مؤهلة له ليكون معالجاً نفسياً جيداً . إذا ما أكمل خبرته بدورة تدريبية في المعالجة النفسيه .

الأدويـــة النفســانية التأثير

psychoactive drugs

الأدوية النفســانية التأثيــر هي مواد لها مـفعول نفـسي وتستعــمل لعلاج الكثير من الاضطرابات النفـــسية . ونستطيع أن نقسمها حسب استعمالاتها إلى ما يلي :

1 ـ أدوية مضــادة للذُهَان antipsychotic drugs : لعلاج الاضــطرابات النفســية الشديــدة ، مثل ذُهَان الفُــصَــام ـ الــذُهَان العـضـــوي ، ذُهَان الشيـــخـــوخـــه . أمـــثله : كلوربرومـــازين chlorpromazine ، تريفلوبرازين Trifluoperazine ، هلوبريدول Haloperidol .

2 ـ أدوية مضادة للهَوَس : مثل هلوبريدول Haloperidol ، الليثيوم Lithium.

3 ـ أدوية مضادة للاكتئاب antidepressants خاصة الاكتئاب الجسيم ، أو حالات الهَوَس الاكتئابي (المرحلة الاكتئابية) مثل أميتربتيلين Amitryptyline ، إيميبرامين Imipramine .

4 ـ أدوية مضادة للقلق antianxiety : لعلاج حالات القلق الحـادة والمزمنة ، والأرق . وقد يؤدي استعمالها المستمر إلى التعود . أمثلة : كلورديزيبوكسيد Chlordiazepoxide ، الديازيام diaz-epam ، البرازولام .

5 ـ الأدوية المضادة لأعراض الامتناع (أو الانسحاب) عن تعـاطي بعض المواد النفسانية التـأثير ، وتعالج هده الأدوية متلازمة أعراض الامتناع عن تعاطي المسكرات والمخدرت أو الأفيون . فمثلاً :

ـ لعلاج أعراض الامتناع عن الخمر يعطى الديازيام

ـ لعلاج أعراض الامتناع عن الأفيون يوصف الكلونودين Clonidine أو الميثادون .

6 ـ الأدوية المساعــدة على المعالجة ، وهذه تســتخدم لمعـالجة الأمراض الناشئــة عن استعــمال الأدوية المضادة للذُهَان خـاصة أعراض الســبل غرق الهرمــية مثل مـرض باركنسون الذي قد يستخدم لعلاجه بنزهكسول Benzhexol .

وتتم معــالجة الاضطرابات النفســية من خلال طرق متــعددة . ففي بعض الحــالات يكون العلاج الأولي كيميائياً . وفي حالات ثانية علاجاً نفسـياً ، وفي حالات ثالثة تكون المقاييس الاجتماعية هي أهم أنواع العلاج ، ولكن عادة ما يعــالج معظـــم المرضى بالعلاج الكيميائي والنفــسي والاجتماعي معاً .

وتلعب الأدوية النفسانية التأثير دوراً كبـيراً في علاج اضطراباب الهَوَس ، ولكن دورها في معالجة الذُهَان العضوي أقل أهمية . أما في الحالات العُصَابية فتلعب هذه الأدوية دوراً مـتواضعاً . إلا في حالات خاصة مثل الوسواس القهري والاكتئاب الخفيف واضطراب الهلَع .

وعادة ما تكون المعالجة الكيميائية موجهة للأعراض ، ولكن هذا لا يختلف عن معالجة معظم الأمراض الطبية الأخرى ، مثل علاج أمراض الجهاز القلبي الدوراني ، أو أمراض الكلى أو السكري .

ويجب على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار قبل اتخاذ قرار إعطاء الأدوية النفسانية التأثير النقاط الآتية :

1 ـ هل معاناة المريض من الشدة من حيث النوعية ومن حيث الكمية بحيث نعتبرها أعراضاً وعلامات مرضية ؟

2 ـ وإذا كانت كذلك هل من مصلحة المريض أن يتلقى الأدوية النفسانية التأثير أم علاجاً آخر ؟

3 ـ هل النسبة بين الأعراض المرغوبة وغير المرغوبة إيجابية وتسمح بإعطائها ؟

المعالجة أثناء الحمل والرضاعة

لم يلاحظ حتى الآن أعراض جانبية أو تشوهات خلقية من تأثير استعمال الأدوية المضادة للذُهَان أو المضادة للاكتئاب على الجنين سواء من الذُهَانيين أو غير الذُهَانيين . ولكن يحتمل أن يكون لليثيوم Lithium تأثيراً بسيطاً ، حيث لوحظ أنه توجد نسبة أكثر من تشوهات الجهاز القلبي الدوراني في الأطفال المولودين للأمهات اللاتي تعاطين الليثيوم في الثلاثة شهور الأولى من الحمل .

إنه لمن السهولة والبساطة أن ننصح كل امرأة حامل بألا تأخذ أي أدوية نفسانية التأثير أثناء الحمل ، خاصة أثناء الثلاثة شهور الأولى ، ولكن واقع الحياة معقد أكثر من ذلك ، فبعض المرضى يتحتم استمرارهم في العلاج لمنع نكسات الاكتئاب والفُصَام ، ومع ذلك فهن في حالة طيبة لتحمل مسؤولية الأمومة ، ولكن إذا كانت خطورة الانتكاس الذُهَاني عالية فمن الأفضل الاستمرار في العلاج آخذين في الاعتبار أن التشوهات الخلقية والتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية ضئيلة جداً ، وأن الحالة النفسية وحسن الحال للأم في طوال فترة الحمل على قدر كبير من الأهمية . ولكن هذه المشكلة تحتاج إلى اعتبارات خاصة من الطبيب ومن المريض .

وحيث أن معظم الأدوية النفسانية التأثير تُفرز في لبن الأم ، لذا تعد نصيحة الطبيب من حيث الرضاعة الطبيعية من الثدي أو التغذية بالزجاجة ضرورية حسب حالة المريضة .

الأدويـــة المضادة للذُهان

neuroleptics, antipsychotics

دواعي الاستعمال :

ذُهان الفُصَام

- بعض الذُهَانات العضوية (خصة ذُهَانات الشيخوخة) .
- بعض المتلازمات العضوية الناجمة عن مرض دماغي .
- حالات الهياج بأسبابها المختلفة .

أنواع المركبات

يوجد نوعان : نوع ذو جرعات كبيرة وآخر ذو جرعات صغيرة . فالأدوية ذات الجرعات الكبيرة مثل الكلوربرومازين Chlorpromazine لها خواص الطمأنينة والتهدئة ويستحسن استعمالها في الحالات الحادة المصحوبة بالتوتر والقلق والتشوش ، وهي أقل تأثيراً في علاج لأعراض الذُهَانية مثل الهلاوس والتفكير الزوراني (البارنويدي). أما الأدوية ذات الجرعات الصغيرة مثل ترايفلوبيرزين Trifluoperazine وفلوفينازين Fluphenazine و لهالوبريدول Haloperidol فلها تأثير أقل في التهدئة ، ولكنها ذات تأثير نوعي متخصص ضد الهلاوس والتفكير الزوراني أو البرانويدي .

التأثيرات الجانبية

1 ـ التهدئة الزائدة .

2 ـ التأثيرات في الجهاز القلبي الدوراني . انخفاض ضغط الدم ، وسرعة ضربات القلب .

3 ـ الجهاز العصبي : الجهاز (المجموع) فوق الهرمي تؤثر مضادات الذُهَان على هذا الجهاز بدرجات متفاوتة وهذا الجهاز له أهميته الخاصة في الحركة السهلة السريعة للعضلات الإرادية ، وقد يؤدي تأثره إلى :

1 ـ مرض باركنسون Parkinson disease : والذي يصيب المسنين ، ويتميز بوجود رُعَاش باليدين متكرر ومنتظم وشديد مع تيبس في العضلات ، واختفاء التعبير الوجهي ، مع سير مميز بخطوات بطيئة بطرق مختلفة .

2 ـ حالات خَلَل الحركة الحاده acute dyskinesia : أو (اضطرابات العضلات الحاد) وهنا تتقلص بصفة مستمرة مجموعات من عضلات الرقبة والفك والعين ، وتؤدي إلى اعوجاج خلفي أو أمامي في الرقبة ، وكذلك يصيب عسر الحركة الفك بالتقلص الحاد بحيث يصعب

على المريض فتحه ، وتتجه العين إلى أعلى مع عدم قـدرة لمريض على خفضها . ويتم علاجها بإعطاء عقار الديازيبام Diazepam بالوريد ، أو زيادة كميـه الأدويه المضادة لشلل الرعاش أو تغيير العلاج .

3 ـ تعذر الجلوس acathisia : ويتميز ذلك بالحـركة لمستمرة . وعدم القدرة على التـحكم فيها ولذا يغيـر المريض مكانه بسرعة ويستمر بالحركـة ذهاباً وإياباً في الحجرة ، وعادة تختـفي هذه الأعراض الجـانبيـة مع خفض كـمية الدواء أو إعطاء مضـدات الكولين ، أو مضـادات مرض باركنسون مثل بنزهكسول Benzhexol

4 ـ خَلَلٌ الحركة المتأخر delayed dyskinesia . وهنا يلاحظ المضغ المتكرر وحركة مستمرة للشفة و للسان والخدود، وعـادة نرى هذه الأعراض في المرضى المسنين بعد استعمـال مضادات الذُهَان لمدة طويلة . وقد تكون هذه الأعراض غـير قابلة للشفاء ، وتزيد مضادات الباركنسونية من هذه الحركت اللاإرادية بعكس الأعراض السابق ذكـرها . ولذا يجب خفض مضدات الذُهَان بطريقة بطيئة في هذه الحالة .

5 ـ الاختلاجات convulsions : تسبب مضاد ت الذُهَان خفض عتبة الصرع .

6 ـ الجهـاز العصبـــي اللاإرادي : تشـوش الرؤيه ، جفاف الأغـشية المخطيـة ، صعوبة التبول ، اضطراب في القذف .

7 ـ اضطرابات الاستقلاب (الأيض) واضطراب عمل الهرمونات .

(أ) مضاد الذُهَان ذو الجرعات الكبيرة

الاسم الجنيس **كلوربرومازين** Chlorpromazine ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية ووريدية وتحاميل شرجية وتتراوح الجرعة بين 25 ميلي غرام ـ 300 ميلي غرام ثلاث مرات يومياً .

إذا أعطي بالحقن العضلي فتحتسب الجرعه 50% من العلاج بالأقراص ، ويحتاج المرضى المسنون والذين يعانون من سوء التغذية لجرعات أقل .

(ب) مضاد للذُهَان ذو الجرعات الصغيرة

الاسم الجنيس : **ترايفلو برازين** Trifluoperazine ويتوافر بشكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 ـ 40 ميلي غرام يوميا ، وهناك المركبات الطويلة المفعول لعلاج المتابعة ، وتتوفر في هيئة حقن طويلة المفعول تعطى كل أسبوعين إلى ثلاث أسابيع بمقدار 25 ميلي غرام .

(ج) مضاد الذُهَان ومضاد الهَوَس

لاسم الجنيس generic name : **هالوبريدول** Haloperidol يحتمل أن يكون أفضل علاج حالياً الهَوَس نظراً لسرعة تأثيره وتفاعله لو ضح ، وإذا كان لابد من منع تكس المرض **فيفضل هنا** الليثيوم Lithium . ويتوافر شكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 40 ميلي غرام ، أو حقنه في العضل بمقدار 50 و100 ميلي غرام تعطى كل 4 أسابيع مضاد للذُهَان طويل المفعول (**بالغم**) .

الاسم الجنيس **بيموزايد** Pimozide لعلاج مرضى الفُصَام لمدة طويلة . خاصة إذا كان تعاونهم محدوداً مع عدم رغبتهم في تناول العلاج بانتظام ، وكان اتجاههم سلبياً مع رفض الحقن ، ولكن لا مانع عندهم من تناول أقراص بالفم تحت الإشراف الطبي . بمقدار 4 ـ 16 ميلي غرام يومياً وتعطى صباحاً في جرعة واحدة .

بعض الأدوية المضادة للذُهَان

ملخص التأثيرات المطلوبه	ذو الجرعات الكبيرة (لارغاكتيل)	ذو الجرعات الصغيرة (ترايملوبيرازين)	ملاحظات
مضاد للهلاوس	++	+++	يفضل أدوية الجرعات الصغيرة
مضاد للبارانويا	+	++	يفضل ادوية الجرعات الصغيرة
مضاد للذُهَان دو تأثير مهدئ مميز	+++	++	تستعمل أدوية الجرعات الكبيرة عند اللزوم
تأثير مهدئ غير مميز للذُهَن	+++	+	من النادر الحاجة إليه
التأثيرات الجانبية			
تهدئة زائدة	+++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
انخفاض في ضغط الدم	++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
أعراض فوق الهرمية	+	+++	**يعطى مضاد الباركنسونية ويحاول خفضه بعد مدة** حتى يتسنى معرفة ضرورة استمرار العلاج لمساند
صعوبة في التبول	++	+	تعطى أدوية حاصرة للكولين مثل البروستيغمين أو يغير لدواء ذي جرعة صغيرة
زيادة في الوزن	++	+	نصائح بنوعية الطعام ولو أن تأثير ذلك متواضع مثل معظم برامج التغذية
يرقان	+ +		يوقف العلاج ويغير لنوع آخر
حروق الشمس الشديدة	+	+	يغير إلى مضاد ذُهَاني آخر
نقص كريات الدم البيضاء	++	+	يجب مراعاة الأعراض السريرية حتى أن لم تتيسر الفحوصات المختبرية وأن لوحظ ذلك يجب وقف الدواء فورا
التأثيرات الضارة			
انخفاض ضغط الدم	++	+	وضع الاستلقاء ، واعطاء نورابينفرين في الوريد في المجالات الشديدة
عدم لقدرة على التحكم في الحرارة	++	+	التدبير اللازمة لإعادة درجة الحرارة إلى طبيعتها ديازيبام في لوريد

مضادات الاكتئاب
antidepressants

دواعي الاستعمال : الاكتئاب لجسيم أو السوداويه melancholia ، دُهَان الهَوَس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية .

أنواع المركبات

1 ـ مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricychlic: يتناول المريض عادة هذه الأدوية على هيئة أقراص . وهي الاختيار الأول في علاج لاكتئاب .

2 ـ مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) · وهذه الأدوية ذات فائدة في علاج بعض مرضى الاكتئاب . ولكن يتحدد استعمالها بوجود المريض الذي يتعاون مع الطبيب ، نظراً لتفاعل هذا الدواء مع بعض الأدوية الأخرى وبعض أنواع الطعام . وفي هذا الفصل لن نعرض لفاصيل عن هذه المركبات ولكن الجدير بالذكر أن استعمال هذه المركبات يحتاج إلى خبرة و هتمام خاص حتى يتسنى للمريض لسلامة .

3 ـ اعتبارات خاصة : مارال العلاج بالجلسات لكهربائية (مَزَامَنَة إيقاع ادماغ) هو أكثر العلاجات قوة وفائدة في حالات لاكتئاب الشديدة ، خاصة المصحوبة بالميول الانتحارية . ولن نسهب في وصف الجلسات الكهربائية . ولكن يجب أن نعلم أنها البديل لمضادات الاكتئاب في حالة عدم استجابة المريض لها . ولكن يجب أن تعطى هذه الجلسات من قبل الأطباء المتدربين على ذلك .

4 ـ تبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد 3-6 أسابيع ، ويجب أن تستمر لمدة لا تقل عن 3-6 شهور يقرر بعدها علاج المتابعة لسنوات طويلة أو عدم الحاجة إليه ، حسب حالة المريض وعدد النكسات .

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants

التأثيرات المطلوبة

1 ـ التأثير على لمزاج المكتئب : بالرغم من أن هذه المركبات لها تأثيرها الفعال على أعر ض الاكتئاب إلا أنها تتميز بتأثيرها الواضح والمتخصص في المز ج الاكتئابي المر ضي ، مثل الاكتئاب الداخلي أو السوداوية melancholia .

2 ـ التأثير المهدئ . وهذا أقل وضوحاً وأهمية من التأثير الأول ، فبعض مضادات الاكتئاب مثل ايميبرامين Imipramine يقال عنها أنها تنشط الفرد وتقلل من المعاندة والسلبية . والبعض الآخر مثل اميتريبتيلين Amitryptaline يقال إنها مهدئه ، ويعتمد هذا الاختلاف عادة على التقدير

السريري (الإكلينيكي) وليس على أسس علمية . ولا يصح استعمال خواص التهدئة في حالات لا ينطبق عليها تشخيص هذه لاضطرابات .

التأثيرات غير المرغوبة : مثل مضادات الذُهَان تقريباً .

نقاط هامة في تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants وجلسات الكهرباء

تستمر النوبه الاكتئابيه لمدة غير محدودة ، ولكنها تتراوح عادة بين 3 إلى 6 شهور ، ولكن في حالات استثنائية قد تستمر فترة تتراوح بين بضعة أيام إلى عدة سنوات . وتؤدي الأدوية المضادة للاكتئاب إلى شفاء الأعراض في فترة تتروح بين 3 إلى 5 أسابيع في حوالي 60-75% من الحالات .

وإذا قارنا جلسات الكهرباء فنجد أن نسبة شفائها لهده الحالات حو لي 80 إلى 85% . أما الشفء التلقائي في الاكتئاب فيتراوح بين 20 و25% .

أما تأثير هذه الأدوية على الحالات العُصَابية فهو أقل قوة ، ولا نستطيع التنبؤ بشفاء المريض ولكن تظهر الأعراض الجانبيه في هذه الحالات العُصَابيه بطريقه واضحه خاصه كثرة النوم والإعياء والدوار .

وتؤثر مضادات الاكتئاب على أعراض الاكتئاب ولكنها لا توقف طبيعة المرض تماماً ، ولذا فقد ينكس المريض إذا أوقفنا العلاج قبل شفائه التلقائي ، لذ يستحسن أن تستمر المعالجة بمضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين 3-6 شهور ، وهي المدة الكافية لشفاء المريض . بحيث يكون أثناءها بدون أعراض سوداوية ، بحيث يصبح المعالج في حالة وضوح تام لاحتمال عودة الأعراض من عدمه . ولكن الملاحظة الهامة هنا أنه إذ حدثت لنكسات أثناء تخفيض الجرعة فإن عودة الجرعة الأولى سيجعل المريض في حالة أفضل مع اختفاء الأعراض في خلال أيام بسيطة ، وهذا معاكس تماماً للمدة التي يحتاجها العلاج في البداية ليتضح تأثيره بين أسبوعين إلى 4 أسابيع . وهده الملاحظة لا يمكن تفسيرها علمياً . ويحتاج بعض المرضى إلى الاستمرار في هده الأدوية لمدة سنة أو أكثر . وهنا يستحسن أن نسمي هذا العلاج بالعلاج الوقائي للنكسات .

بعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

الاسم الجنيس **أميتريبتالين** Amitryptaline

دواعي الاستعمال : لاكتئاب الجسيم ، السوداوية melancholia ذُهَان الهَوَس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية (تأثيرات مهدئة غير مضافة إلى المفعول المضاد للاكتئاب) .

يتحذر الاستعمال في : أمراض القلب والمخ الشديدة ، وحالات الغيبوبة coma الناجمة عن التسمم بالأدوية النفسانية التأثير ، وأورام المخ . والأمراض المعدية والتي تؤثر على المراكز المخية لضغط الدم، وتضخم البروستاتة ، خاصة مع سوابق احتباس البول . والانتقال من المعاجة بمثبطات إنزيم لأكسيداز الأمينات لأحادية إلى المركبات لثلاثية الحلقات ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل اقراص او كسولات وتتراوح الجرعة بين 50 ـ 200 ميلي غرام يومياً

الاسم الجنيس **أيميرامين** Imipramine

دواعي الاستعمال : مثل الأميتريبتالين ولكنه أقل تهدئة .

تحذّر الاستعمال : مثل الاميتريبتالين ، لا مانع من إضافة مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية (MAOI) بعد الدواء ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية . وتتراوح الجرعة بين 50 ـ 200 ميلي غرام يوميا

مضـــادات الهَوَس
antimaniacs

أنواع المركبات

1 ـ **مضادات الذُهَان** : إن تأثير مـضادات الذُهَن على حـالات الهَوَس تأثـر غير نوعي مما يجعل اختـيار الدواء أمـراً مجـارياً . ويفضل هنـا إعطاء مضـادات ذُهَان من ذوات الجرعـة الصغـيرة وأفضلها دواء الهالوبـريدول Haloperidole ، الذي يبدأ تأثيره خلال الأيام الأولى من تناول العلاج .

2 ـ **أملاح الليثيوم** Lithium: إن استعماله في معالجة الهَوَس (وفي المعالجة الوقائية لنوبات الهَوَس والاكتـئاب وفي الاضطرابات الوجدانيـة لمنع النكسات) هو أكثـر نوعية من أي عـلاج آخر في الطب النفسي الحديث ، والعيب الوحيـد في هذا الدواء خاصة في الهَوَس الحاد هو أن تأثيره لا يبدأ إلا بعد 4 إلى 10 أيام (أي أبطأ من الهالوبريدول) ، ولكن يغلب أن يتقبل المريض علاج الليثيوم ، حيث أنه لا يشـــعر أنه تحت تأثير دواء مهدئ ، أو كما يقولون أدوية أعصاب . ولا يجب استعمال أملاح الليثيوم إلا إذا توافرت التسهيلات الكافية لقياس نسبة الليثيوم في الدم .

الاسم الجنيس : **كربونات الليثيوم**

المراقبة السريرية (الإكلينيكية) والمختبرية

قبل العلاج : كرياتينين الدم ، يوريا الدم ، وفي بـعض الحالات ضغط الدم ، تخطيط كهـربية القلب ، صورة شعاعية للصدر ، فحص الغدة الدرقية .

أثناء العلاج : تحليل الليثيوم في البلازما (12 ساعة بعد الجرعة الأخيرة) .

تحسب الجرعـات بالميلي غرام فقط في حـالة كربونات الليثيـوم ، أما في حالة الأملاح فـتحسب الجرعة بالمول ويمكن أن يعطى جرعة واحدة يومية تؤخذ الساعة العاشرة مساء (900 ـ 2400) ميلي غرام ، أو تعطى جرعـتين يومياً ، تؤخذ في الثـامنة صباحاً والعـاشـرة مساء (300 ـ 900) ميلي غرام .

الأدوية المزيلة للقلق
anxiolytics

دواعي الاستعمال

القلق الحاد والمزمن ، الأرق الحاد الشديد ، الاعراض الناتجة عن توقف الكحول أو الأدوية المهدئة ، الحالة الصرعية .

أنواع المركبات

1 ـ **بنزوديازيبين** Benzodiazepines : تستعمل هذه المركبات بكثرة نظراً لتأثيرها المضاد للقلق ولخواصها المنومة والمهدئة ، ولكن استعمالها المستمر قد يؤدي إلى زيادة الجرعة وأحياناً إلى الاعتماد ، ولكن بالمقارنة بالأدوية الأخرى تعتبر مركبات البنزوديازيبين علاجات آمنة ، حيث أن نسبة الوفيات بعد تناول كميات زائدة تكون منخفضة جداً ، وكذلك فالأعراض الجانبية الرئيسية قليلة إلى حد كبير .

2 ـ **مضادات الذُهَان** : مضادات الذُهَان ذات الجرعة الكبيرة لها من الخواص غير النوعية التأثير التخديري خاصة في المرضى غير الذُهَانيين ، ولكن نظراً لتأثيرها الفرماكولوجي لمختلف والأعراض الجانبية الكثيرة يرفض المريض هذا النوع من العلاج . ولكن إذا أعطيت هذه الأدوية بكميات صغيرة تكون بديلاً صالحاً للبنزوديازيبين ، خاصة إذا كانت استجابة المريض للأدويه الأخيرة غير سليمة ، أو كان تاريخه المرضي (سوابقه المرضية) يدل على زيادة استعماله لهذه الأدوية أو للكحول .

3 ـ **الباربتيوريات** Barbiturates: تؤثر هذه الأدوية لكونها منومة مضادة للقلق من النوع المتوسط ، ولكنها تسبب الاعتماد ، ويعتبر استعمال هذا الدواء في كثير من الأحوال من الممارسات القديمة ، نظراً لانتشار استعماله في فترة سابقة ، كذلك الأعراض الجانبية الشديدة الناتجة عن توقف الدواء كانت تهدد الحياة أحياناً ، يزيد على ذلك أن استعماله بغرض الانتحار يكون عادةً ناجحاً وكثيراً ما يؤدي إلى الوفاة .

4 ـ أدوية لا ينصح باستعمالها : لا توجد ميزات دوائية للميبروبامات Meprobamate عن البنزوديازيبين ومضادات الذُهَان ذات الجرعة الكبيرة فهي تؤدي إلى تسمم خطير في محاولات الانتحار مع انخفاض شديد في ضغط الدم ، لذا لا يوصى باستعمال هذا الدواء في الوقت الحالي .

البنزودياربين

التأثيرات المطلوبة :

1 ـ تخفيف القلق .

2 ـ التأثير التنويمي .

3 ـ التأثير المضاد للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان

4 ـ التأثير المضاد للصرع : يعتبر الديازيبام هو الدواء لمفضل إعطاؤه في الوريد في الحالات الصرعية ، وفي حالات الصرع أو الاختلاجات الناتجة من ارتفاع درجة لحرارة في الأطفال . ونظراً لقصر مدة نشاط هذا العقار في لجسم ، فلا يصلح لعلاج حالات الصرع العادية .

الاسم الجنيس : **ديازيبام** Diazepam ، ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وحقن عضلية ووريدية وتتراوح الجرعات بين 5 ـ 20 ميلي عرام يوميا كمضد للقلق وكمضاد لأعراض توقف الاعتماد على لدواء يعطى بمقدار 10 ـ 20 ميلي غرام يومياً .

وكمضاد للصرع (الحالة الصرعية) يعطي وريدياً بمقدار 10 ـ 20 ميلي غرام على ألا يزيد عن 200 ميلي غرام في اليوم .

الأدوية المضادة للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان والتعود

دواعي الاستعمال :

الامتناع عن الأفيون ، الامتناع عن الكحول ، الامتناع عن الأدوية المنومة ، الامتناع عن الأدوية المهدئة ، لامتنع عن الأدوية المضادة للقلق .

أنواع المركبات

1 ـ **الميثادون** ولو أنه في داته أفيوني إلا أن نصف الحياة في البلازما تمتد لمدة أطول عن باقي أنواع الأفيونات مثل لمورفين والهيروين كذلك فهو أكثر نشاطاً ويعطى بلفم .

2 ـ **البنزودياربين (ديازيبام)** ويفيد ذلك في توقف تعاطي الكحول وباقي الأدوية ولكنه لا يفيد في حالات الأفيون .

المعالجة بالكهرباء
(مُزَامَنَة إيقاع الدماغ)

مازالت جلسات المعالجة بالكهرباء أكثر العلاجات تأثيراً وقوة في حالات الاكتئاب التي تهدد حياة الفرد ، ولقد اختفت الآن معظم الأعراض الجانبية المعروفة سابقاً عن جلسات المعالجة بالكهرباء بعد إدخال نظام التخدير العام واسترخاء العضلات والأكسجين عند تطبيق المعالجة بالكهرباء . وما تبقى من الأعراض الجانبية هو بعض الاضطراب في الذاكرة ، للأحداث القريبة ، ولكن حتى ذلك قل كثيراً بعد المعالجة بالكهرباء على الفص غير السائد في المخ ، ولكن مشكلة النسيان لم تحل تماماً . قد يساء استعمال الكهرباء مثل أي علاج آخر ، ولكن نعتقد أنه قد بولغ في سرد سوء استعمال الكهرباء ، ونتمنى في المستقبل القريب أن نجد مضاداً للاكتئاب يتفوق على مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وجلسات الكهرباء ، ولكن في الوقت الحالي نعتقد أنه من غير الممكن ألا نعطي هذه العلاجات للمرضى المكتئبين ، آخذين في الاعتبار احتياجات كل مريض حسب حالته ، ولا تختلف كثيراً المدة التي يحتاجها المريض للاستجابة للمعالجة بالكهرباء أو مضادات الاكتئاب . فيحتاج معظم المرضى من 6 إلى 12 جلسة كهربائية ، اذا أعطينا جلستين الى ثلاث كل أسبوع فمعنى ذلك أن العلاج سيحتاج من ثلاثة إلى خمسة أسابيع ، وهذه المدة الكافية للأدوية المضادة للاكتئاب لتصل إلى الحد الأقصى في التأثير

أما المرضى ذوو الاكتئاب الشديد والميول الانتحارية فتعتبر الجلسات الكهربائية عملية إنقاذ للحياة بالنسبة لهم .

وتعطى جلسات الكهرباء أحياناً لحالات الهَوَس والفُصَام الحاد ، حتى يتسنى إعطاؤهم العلاج الخاص بهم .

وقد تعددت نظريات كيفية عمل جلسات الكهرباء ، ويكفي القول إن لها تأثيراً معدلاً على النواقل العصبية neurotransmitters في المخ المسببة لاضطراب المزاج ، والسلوك ، والتفكير واضطرابات الحركة .

ويجب أن نتوقف عن استعمال كلمة صدمات الكهرباء حيث أن العلاج المعدل الآن لا يسبب أي صدمات ، ومن ثم ندعو إلى تسميته بجلسات تنظيم أو مُزَامَنَة إيقاع الدماغ .

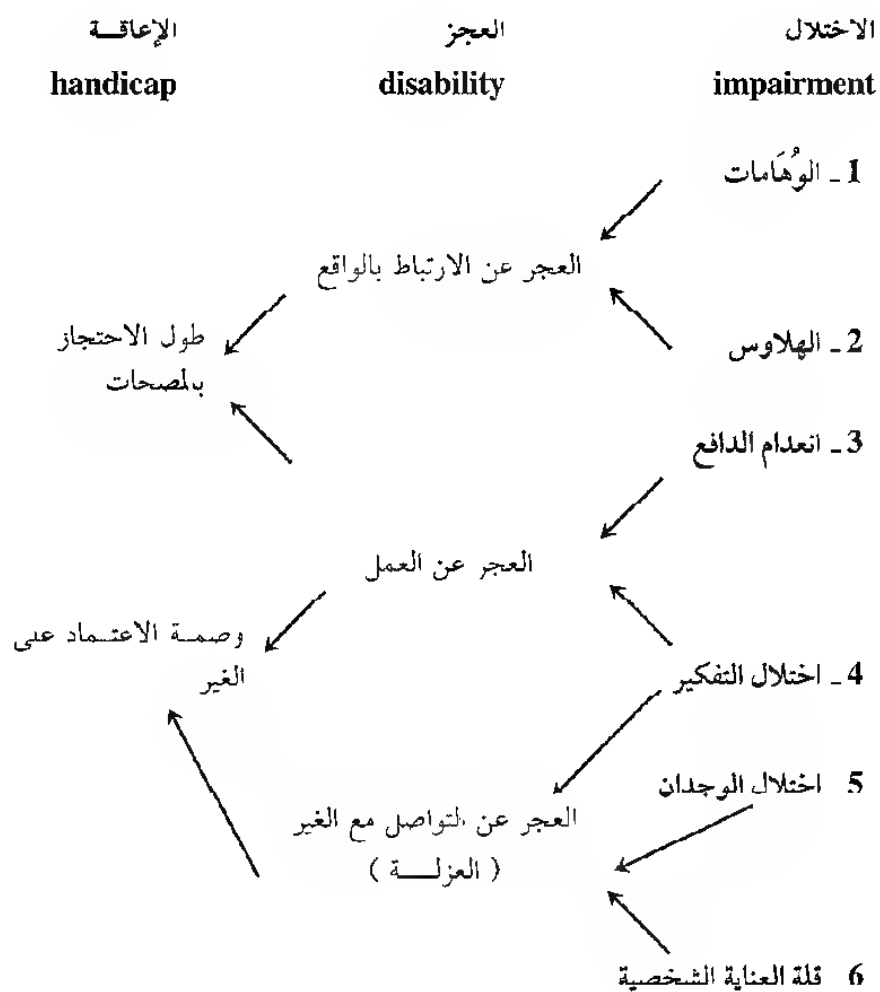
التأهيـــل النفسي

psychiatric rehabilitation

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

التأهيل النفسي هو دعم واستعادة التوافق النفسي بين الفرد وبيئته . ينقص الاضطراب النفسي من كفاءة الوظائف النفســية للفرد بما يحدثه من اختلال ، ويساهم الاختــلال في إحداث عجز نفسي في العديد من الوظائف ، وإذا تعددت نواحي العجز النفــسي أدى ذلك إلى الإعاقة في المجتمع . يسعى علاج الاضطراب النفــسي في رفع الأداء النفسي للمريض حــتى يفي بما يطلب منه في بيئــات العمل والأسرة والبيئة العامة ، وإذا ظل هذا الأداء قاصراً رغم العلاج لزم تخفيض ما يطلب من المريض في بيئاته حتى يعيد التوافق أو الملاءمة بين ما يستطيع المريض وما تتطلب البيئة . والتأهيل النفسي يغير ويبدل في بيئة الفرد لتناسب قدرات المريض ، ويدرب قدرات الفرد حتى يعوض السوي منها ما ضاع أو نقص بسبب المرض . ولذلك فــهو ضروري للمــرضى الذين لا يصل تحسنهم بالعلاج إلى الشــفاء الكامل . كما يحدث في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الفُصَام .

وفي الفُصَام على سـبيل المثال تؤدي الهَلاوس (الضلالات) والهلاوس إلى العــجز عن الارتباط بالواقع ، كما تؤدي قلــة الدافع واختلال التفكير إلى العــجز عن العمل ، وتؤدي اختــلالات التفكير والوجدان والعناية الشخصية إلى العجز عن التــواصل مع الغير (العزلة) . وبالتالي يؤدي العجز عن الارتباط بالواقع والعجــز عن العمل إلى الإعاقة بطول الاحتــجاز بالمصحات ، كمــا يؤدي العجز عن العمل والعزلة إلى إعاقة ناجمة عن الوصمة الاجتماعية لدوام اعتماد الفُصَامي على غيره لإعاشته كما هو موضح في ما يلي :


الاختلال
impairment
العجز
disability
الإعاقــة
handicap
1 ـ الوُهَامات
2 ـ الهلاوس
3 ـ انعدام الدافع
4 ـ اختلال التفكير
5 اختلال الوجدان
6 قلة العناية الشخصية
العجز عن الارتباط بالواقع
العجز عن العمل
العجز عن التواصل مع الغير
(العزلـــة)
طول الاحتجاز بالمصحات
وصمـة الاعتـماد على الغير

التأهيل في الأسرة

يبدأ ذلك بتعريف أفراد الأسرة بقدرات المريض التى حدّ منها المرض حتى لا يصفوه بالكسل أوعدم السعي والاجتهاد كغيره . كما يلزم تنبيههم في نفس الوقت إلى قدرات المريض المتبقية ومدى ما تسمح به من العناية بنفسه ورعاية أموره لشخصية . ويسعى التأهيل الأسري إلى تجنب النقد غير البناء الخالي من الحنان ، وتجنب فرط الحماية للمريض ، لأن ذلك يفقد المريض الشعور بكيانه إذا أعفى من كل المسؤوليات ، وضمور قدرته على الرعاية الشخصية لنفسه في النوم والاستيقاظ وتناول الطعام وارتداء الثياب والنظافة البدنية . وحتى إذا كان المريض مقيماً لفترة طويلة أو بصفة دائمة في مصحة ، ويجب على هيئة التمريض والعلاج أن يلتزموا بنفس هذه الاتجاهات التي تلتزم بها الأسرة نحو المرضى الذي يعيشون خارج المصحات في أسرهم ، وأن يكلوا إلى المريض أقصى ما يمكنه تدبره من رعاية أموره الشخصية .

التأهيل في العمل

إذا انتقص المرض النفسي من قدرة المريض على أداء عمله الأصلي يمكن تأهيله بتنمية قدراته المتبقية في اتجاهات أخرى لأعمال مختلفة أو تخفيض متطلبات عمله ، كأن ينقل إلى عمل أخف من سابقه ، فإذا كان يقوم بأعمال مكتبية تستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، يمكن أن يوصى له بعمل كاتب تسجيل لا يستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، ويحتاج قدراً أقل من تنوع الأداء ودوام التركيز . ونلاحظ أن كثرة الإجازات المرضية وطول البعد عن العمل له آثار سيئة على التأهيل النفسي للمرضى ولذلك ينبغي قصرها على ما هو ضروري ولازم حتى لا تضمر قدرة المريض على العمل . ونجد في كثير من المصحات التي يقيم بها المرضى لمدد طويلة أماكن للعمل كالمزارع أو المصانع الحرفية الصغيرة التي يذهب إليها المرضى يومياً للعمل ، ويتقاضون أجوراً على عملهم ، كما توجد فصول دراسية للأطفال المعوقين حتى لا يفوتهم التعليم المناسب لقدراتهم .

التأهيل في البيئة العامة

يلزم لمساعدة المرضى على التأهيل للتعامل مع الآخرين خارج بيئتي الأسرة والعمل أن ننمي قدراتهم الاجتماعية على التواصل مع الغير ، إذا انتقص منها المرض النفسي . كما ندربهم على اختيار الأصدقاء والدفاع عن حقوقهم في المعاملات والمناقشات التي تتم بينهم وبين الآخرين ، مع رعاية تقاليد وأعراف المجتمع . نلاحظ أن توفير وسائل مقبولة لقضاء وقت الفراغ للمراهقين والشباب

يقلل من إغراء الانحراف إلى الطرق غير المقبولة ، ومنها الجنوح الإدمان وعند تأهيل المرضى يلزم لمساعده على توفير دائره جديده من الرفاق غير المدمنين ، بالإضافة إلى توفير لمجالات السوية للعمل الذي يشعرهم بكيانهم . كذلك يلزم خروج المرضى المزمنين من المصحات لنفسية إلى المجتمع وتشجيع زيارة الآخرين لهم

الصعوبات النفسية في تأهيل المعوقين بدنياً

نلاحظ في كثير من لمرضى الذين تستمر إعاقتهم البدنية قلة الدافع إلى التعاون مع برنامج التأهيل البدني ، وكثيراً ما يشكو المريض من الآلام البدنية التي لا تتناسب مع شدة إصابتهم أو مرضهم الجسمي . ويلزم لتأهيل هؤلاء المرضى أن يكون هناك توجيه نفسي بالإضافة إلى التوجيه البدني من فريق التأهيل لدراسة المشاكل النفسية لكل مريض ، كالخوف من العودة للعمل أو انتظار تعويض ضخم عن الإصابة (وخاصة إصابات العمل) أو تلقي معلومات متضاربة من أفراد فريق التأهيل ، أو الخوف من الاعتماد على النفس ، أو من عدم الحصول على عمل يناسب القدرات الحالية . ونلاحظ في بعض الأطفال المعاقين بدنياً أن لآخرين يستمرون في معاملتهم كأطفال صغار رغم اطراد نموهم ، وقد يعوق هذا نضجهم النفسي ويبقيهم معتمدين على الآخرين كذلك فإن الإفراط في وصف الأطباء لمضدات الألم قد يؤدي إلى الاعتماد عليهم فتضاف مشكلة نفسية كبيرة إلى المشكلة البدنية .

وفي جميع الأحوال يلزم إشراك أسرة المريض في السعي للتغلب على هذه المشاكل ، من خلال العلاقة لمهنية السليمة بين فريق التأهيل والأسرة .

الطوارئ في الطب النفسي
emergency

الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم
الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الطوارئ النفسية حالات حادة من الاضطراب النفسي ، تلجئ المريض أو ذويه إلى البحث عن علاج عاجل لخطورة المريض على نفسه أو على الآخرين . ومن أكثر حالات الطوارئ انتشاراً حالات الهياج excitement ، ومحاولة الانتحار attempted suicide (parasuicide) ، والأعراض التحويلية conversion symptoms ، والهَلَع panic ، والأعرض الجانبية الحادة لبعض الأدوية النفسانية التأثير ، وبعض حالات الاعتماد على الأدوية durg dependence .

الهياج
excitement

يكون المريض مفرطاً في نشاطه الحركي ، وقد يأتي بالشاذ من الأفعال الذي يعرض حياته أو حياة الآخرين للخطر كالسلوك العدواني ، ويقوم بسلوك فاضح ، كأن يخلع ملابسه أمام الآخرين ، أو يدمر ما حوله من أشياء . يحدث ذلك في حالات الذُهَان أو في الهياج السيكوباتي . ومن أهم حالات الذُهَان الطارئة ما يحدث في الهَذَيَان و الهَوَس والفُصَام .

الهَذَيَان
delirium

تتميز حالات الهَذَيَان باضطراب التوجُّه orientation في الزمان والمكان والأشخاص ، وانخفاض درجة الوعي وضعف الذاكرة للأحداث القريبة . وكثيراً ما يكون المريض قلقاً خائفاً مما يعتري إدراكه من خداعات وهلاوس وخاصة في المجال البصري . وقد يبول في أماكن غير مخصصة لذلك ، أو يخلع ملابسه الداخلية في وجود الآخرين أو ينام على الأرض . وتكون الأعراض على أشدها في المساء والليل . ويلزم تمييز هذه الحالات عن ذُهَان الهَوَس وذُهَان الفصام من خلال العلامات السابق بيانها ، لأنها ترجع إلى أسباب عضوية تخل بعمليات الاستقلاب (الأيض) في المخ ، مثل حالات الحمى والالتهابات في الإصابات والتسمم (الداخلي أو الخارجي) أو نقص

الأكسجين في الدورة الدمـوية للمخ . ولا يضطرب التوجه في الزمن والمكان والأشـخاص عادة في حالات الهَوَس أو الفُصَام .

الهيــاج في الاضطراب الهَوَسي

الهياج من العلامـات الشائعه في الهَوَس mania ، وكثيـراً ما يصاحبـه علامات مزاج الـشُّماق elation من رقص أو غناء أو شعـر أو فرط الحديث ومـا به من تسلية أو دعابة . وكـثيراً مـا يعاني مرضى الهوس من الهيوجية بدلاً من الشُّماق elation ، ولكن تشتت انتباههم وحدة تعليقتهم على ما يحدث حولهم تساعد على تفرقتهم عن مرضى الفُصَام

الهياج في الفُصَام

الهياج علامة معروفة في الحالات الحادة لاضطراب الفـصام ، وكثيراً ما يصاحب ذلك الوُهَامات (الضلالات) الاضطهادية التي يعـاني منها المريض ، أو الهلاوس التي يغلب أن تكون سمعـية أكثر منها بصرية ، ويكون حديث المريض غير متماسك ، خالياً من أي تسلية أو دعابة .

الهياج السيكوباتي

قد يحدث الهـياج في اضطرابات الشخـصية التي لا يتقيد فيها الفرد بأصـول وتقاليد السلوك كما يقرهـا المجتمع . وهـو يوجه السلوك الغـاضب عادة ضـد أشخاص بـعينهم دون غـيرهم لتـحريك شعورهم بالذنب تجاه الفرد الهـائج أو لتعديل سلوكهم لصالحه ، ليقفوا إلى جـنبه بعد ما حدث من خلاف معهم . وكثيراً ما يذكـر الشخص السيكوباتي أنه لم يعي ما صدر منه من هياج وعدوان على الآخرين ، ولكننا نجد دليلاً موضوعياً على مسؤوليته عما صدر منه في تماسك خطوات سلوكه الهائج وتوجيهه إلى هدف محدد ، ولذلك فإن شعوره بعـدم وعيه بما فعل ضرب من الانشقاق . ولا يعاني السيكوباتي من أي اضطراب في التوجُّه أو وُهَام (ضلال) أو هلاوس .

ويتكون العلاج الطارئ لحالات الهياج من المهدئات التي تعطى عادة بالحقن ، بعد الفحص البدني بقدر ما هو ممكن تحت هذه الظروف ولا تجـدي المهدئات الصغرى مثل مستـحضرات البنزوديازيبين في هذه الحالات ، ويلزم أن تـكون جرعة المهـدئات العظمى في حالات الهـيج مناسبـة لوزن جسم المريض ودرجة هياجه ، فتكون جرعة الحقن من عقار كلوربرومازين للشخص البالغ مثلاً 100 ملي غرام في العضل .

ويلزم إحالة جميع حالات الهَذَيَان فيما عدا الهَذين الذي يتلو الإصابات إلى الجناح الباطني بالمستشفى . حيث يتم تشخيص وعلاج المرضى العضوي المسبب لكل حالة ، وحيث يكون العلاج بالأدوية النفسانية التأثير المهدئة علاجاً للأعراض فقط ، يمكن أن يصفه أي طبيب لتهدئة سلوك المريض إلى أن يتم علاج المرض الذي أدى إلى الهَذَيَان .

طوارئ محاولات الانتحـــار

Attempted suicide

يقوم بعض المرضى بمحاولة إيذاء أنفسهم بعد مواجهة مشكلة في حياتهم . ويحمل هذا الإيذاء درجات متفاوتة من احتمال قتل الفرد لنفسه ، وبزيد احتمالات الوفاة عند استخدام الطرق الفيزياتية (كالحرق والشنق والطعن والغرق والقفز من ارتفاع) عنها عند استخدام الطرق الكيميائية (كالجرعات الزائدة من الأدوية أوتناول المطهرات) . وقد ينكر المريض نية الانتحار خشية المساءلة القانونية ، أو لكي يعيد فيما بعد تلك المحاولة التي اكتشفها الآخرون بمحض الصدفة . ولذلك يلزم في جميع الأحوال أن يأخذ طبيب الطوارئ جانب الحذر وينصح المريض وأهله بضرورة مراقبة حالته الصحية في جناح عام بالمستشفى يمكن فيه تخليصه من الآثار البدنية لمحاولة الانتحار وإنعاشه إذا لزم الأمر . وبعد مرور فترة المراقبة (48-72 ساعة) ، يمكن للطبيب النفسي أن يقرر ما يلزم للمريض من علاج في جناح الأمراض النفسية ، أو بالعيادة الخارجية ويتناول المشكلة من نواحيها النفسية والاجتماعية من المريض وممن يهمهم أمره .

طوارئ الأعراض التحويلية Conversion symptoms والهلـع Panic

قد تحدث الأعراض التحويلية بصورة حادة وتلجئ المريض وأهله إلى قسم الطوارئ لما يشعر من إغماء أو فقد القدرة على الحركة أو الإبصار أو الكلام على سبيل المثال وأهم وسيلة تفرق تشخيص هذه الحالات عما يشابهها من الأمراض العضوية هي الحصول على السيرة والسوابق (تاريخ المرض) من المريض وأهله لمعرفة العوامل المُرَسِّبة وبيان الأعراض السابقة والمصاحبة واللاحقة للعرض التحويلي ثم فحصه بدنياً . نجد أن نمط العلامات النفسية والبدنيه يتفق مع مفهوم المريض حول مرض العضو المصاب بالأعراض التحويلية . ولا يتفق مع ما هو معروف طبياً عن ذلك العضو . فإذا أخذنا مثلاً الإغماء التحويلي نجد أن له سوابق ومصاحبات ولواحق تختلف تماماً عن الاغماء الصرعي الذي يلزم تفرقته في التشخيص . فالإغماء التحويلي تدريجي ، يشعر المريض بمقدمه ، فيتخذ من الاحتياط ما يمنع من سقوطه أو إصابته ، وفيه يغمض المريض عينيه ويسبق ذلك زيغ الأطراف ، فقدان الوعي ، وقد

يأتي المريض بمحاولات لشق ثيابه أو خنق رقبته أو الإمساك بالآخرين بقوة ، ويمكنه سماع الآخرين وإن لم يكن قادراً على الرد عليهم أثناء الإغماء التحويلي . وكل ذلك يناقض ما يحدث بالصرع . ومن الخطأ إيذاء المريض الذي يعاني من الأعراض التحولية باستخدام الوسائل المؤلمة كاستنشاق الأمونيا . أما في حالات الهلع فيظن المريض أنه يموت أو يوشك أن يفقد صوابه وسيطرته على نفسه . يبدو ذلك في سلوكه وطلبه للعون العاجل من الآخرين أو إجراء فحوص معينة لكي يطمئن على قلبه أو صدره مثلاً ، وكثيراً ما يشاركه أهله في الاتجاه إلى الأمراض البدنية كتفسير لاضطرابه . وعلى طبيب الطوارئ تهدئة المريض المصاب بالهلَع أو بالأعراض التحويلية بشرح بسيط عن دور الاضطراب النفسي في إحداث الأعراض البدنية وبإعطاء المريض علاجاً مهدئاً بالحقن مثل الكلوربرومازين أو مستحضرات البنزوديازبين ، على أن يبدأ علاجه بواسطة طبيب نفسي في أقرب وقت . وإذا استخدم طبيب الطوارئ حقن البنزوديازبين فعليه ألا يكررها بناء على طلب المريض أو أهله حتى لا يصبح المريض معتمداً عليها .

الأعراض الجانبية لبعض الأدوية النفسانية التأثير

قد تظهر الأعراض الجانبية بصورة حادة تلجئ المريض إلى طبيب الطوارئ بعد تناوله لبعض الأدوية النفسانية التأثير التي يصفها الأطباء (وخاصة مجموعة مضادات الذُّهَان) . من ذلك حدوث تقلص في بعض عضلات الجسم وخاصة بالوجه أو اللسان أو الرقبة ، أو حدوث تصلب أو رجفة في الأطراف أو فقد الاستقرار الحركي ، حيث لا يمكن للمريض الجلوس في مكان واحد ، فيستمر في تحريك أرجله أو يديه ، أو يذهب ويجيء بصفة متواصلة دون أن يستطيع الجلوس في مكان واحد لمدة معقولة . تنشأ جميع هذه الأعراض الجانبية بعد تناول الأدوية المسببة لها بمدة تختلف من فرد إلى فرد من ساعات إلى أيام . ويلزم علاجها بواسطة طبيب الطوارئ بحقنة مضادة مثل حقنة بروسيكليدين بالعضل أو بالوريد أو حقنة بنزتروبين بالعضل ، حيث تختفي الأعراض بعد فترة قصيرة ، ثم يعاد المريض إلى طبيبه النفسي الذي وصف العلاج لكي يراجع ما يأخذ من دواء ، فقد يخفض الجرعة أو يضيف علاجاً بالفم من نفس أنواع الحقن المشار إليها .

طوارئ الأفراد المعتمدين على الأدوية drug dependent

يتردد بعض الأفراد المعتمدين على الأدوية على قسم الطوارئ وخاصة في الساعات المتأخرة من الليل للحصول على المنومات أو المهدئات لما يشكون من اضطراب النوم أو الشعور بالآلام البدنية أو بالتهيج . ويجب أن يكون طبيب الطوارئ حذراً في التعامل معهم ، حتى لا يدعم اعتمادهم على الأدوية بوصف علاجات متكررة يعرف عنها أنها قد تؤدي إلى الاعتماد مثل مستحضرات

البنزوديازبين . كذلك ينبغي الحـرص عند التوصية لهم بإجازات من العـمل . وقد يتردد هؤلاء على عيادات الطـوارئ مراراً دون أن يحصلوا على ما يبـغون بعد أن يحاولوا مع شـتى الأطباء ، ولذلك يلزم توحيد سياسة التعامل معهم حتى لا يقع الأطباء بالحرج بسبب اختلاف طرائق تصرفهم ولاسيما إذا حصلوا منهم على توصيات متباينة .

مما سبق يتضح أنه بعد العـلاج المؤقت في عيـادة الطوارئ هناك ثلاثة مسـارات لمرضى الطوارئ النفسية .

أولاً : الإدخال إلى جناح عام ، في حالات الهَذَيَان ومحاولة الانتحار .

ثانياً : الإدخـال إلى جناح الاضطرابات النفسيـة ، في حالات الفُصَام والهَـوَس وبعض حالات الهَلَع .

ثالثاً : التـحويل إلى العـيادات الخارجـية النفـسية ، في حـالات الأعراض التحـويلية والهـياج السيكوباتي والهَلَع والاعتماد على الأدوية للمزيد من التقييم وتقدير الخطة النهائية للمعالجة .

المرشد في

الطب النفسي

يقدم كتاب «المرشد في الطب النفسي» لطلبة الطب والدارسين في العلوم الصحية والتثقيفية المعلومات الأساسية التي تؤهلهم للتعامل مع الحالات النفسية والسلوكية التي قد يصادفونها في حياتهم الاجتماعية أو في ممارستهم الطبية.

والطب النفسي أحد العلوم الصحية الأساسية التي تهم المجتمع بأسره بقدر ما تخص كل فرد فيه، وفي جميع مراحل حياته منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته. وتكون الحاجة إليه أوضح ما تكون عندما يتعين على الأفراد وعلى المجموعات أن تتكيف مع ظروف الحياة المتقلبة وأن تحافظ على توازنها في ساعات الشدة والكرب، وأن تضمن تماسكها وسلامتها من الأمراض النفسية ومن الانحرافات السلوكية.

ويأتي هذا الكتاب في عداد سلسلة «الكتاب الطبي الجامعي» التي يصدرها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط تباعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامعية باللغة العربية. وقد صدر من هذه السلسلة كتاب «طب المجتمع» وكتاب «الغذاء والتغذية» وكتاب «الطب الشرعي والسموميات» وكتاب «المرجع في الفيزيولوجيا الطبية (غايتون)، وكتاب «أساسيات علم الوبائيات».

ISBN 9953-37-026-5

